

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

386

Année 1906

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1906 à 1 heure

Par **Henri LEDUC**

De la Faculté de médecine de Paris

Ancien externe des Hôpitaux de Paris, et de la Maternité de l'Hôpital Tenon

Médaille de bronze de l'Assistance publique

LA SYPHILIS

à la Maternité de l'Hôpital Tenon

1905-1906

ÉTUDE STATISTIQUE ET DIAGNOSTIQUE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : { MM. BONNAIRE, DEMELIN, agrégés.
BRINDEAU, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LEGAPLAIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DES SCIENCES DE ROUEN
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. CERNÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE
MÉDECINE DE ROUEN

M. LE PROFESSEUR LE DENTU.

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

M. BOISSARD

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL TENON

M. KLIPPEL

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

M. GUINON

MÉDECIN DE L'HOPITAL TROUSSEAU

M. CLAISSE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA Pitié

M. LAMY

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

M. APERT

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

M. PAPILLON

MÉDECIN DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Au cours de notre dernière année d'externat passée à la maternité de l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Boissard, nous avons vu défiler devant nos yeux les différentes modalités qu'affecte la syphilis dans ses rapports avec la gestation. Aussi nous a-t-il semblé intéressant de rassembler les observations que nous avons recueillies pour en faire, en les coordonnant, le sujet de notre thèse.

Nous n'avons, certes pas, la prétention d'apporter un fait nouveau, susceptible de faire avancer la science, nous avons préféré rassembler dans un travail personnel, une série de faits connus et d'observation journalière. Nous avons d'ailleurs été encouragé dans cette voie par notre maître M. Boissard, dont les conseils, en matière de syphilis héréditaire, nous ont été précieux.

La syphilis tient une place trop considérable dans la pathologie générale pour que son étude soit jamais fastidieuse. Dans ses rapports avec la gestation elle

touche aux plus passionnants problèmes de l'hérédité et par suite son étude revêt, de ce fait, un caractère, pour ainsi dire social. Le milieu dans lequel il nous a été donné de faire nos observations nous a montré une syphilis intacte, vierge de toute intervention thérapeutique et par conséquent, se présentant sans atténuations, avec toute sa nocivité pour la mère et pour l'enfant.

Il ne nous a certainement pas été loisible d'observer toutes les formes de la syphilis chez la femme enceinte et encore moins chez le nouveau-né, mais nous en avons vu les plus fréquentes ; d'ailleurs le but de notre travail a été principalement de présenter ce que M. Boissard appelait si justement : « *la physionomie clinique de la syphilis à la maternité de l'hôpital Tenon.* »

Nous avons voulu également montrer, combien les symptômes fournis par l'obstétrique et la pathologie du nouveau-né sont importants au point de vue du diagnostic de la syphilis. Les avortements à répétition, les accouchements prématurés, l'hydramnios, l'hypertrophie du placenta, et les accidents de la syphilis héréditaire précoce sont souvent les seuls symptômes qui permettent de dépister une syphilis méconnue, puisque bien souvent latente. Nous avons pu observer des cas de syphilis en pleine évolution et de contagion récente ; mais dans la majorité des cas, les seuls accidents précédents nous ont autorisé à poser un diagnostic affirmatif.

C'est sur ce dernier point que M. Boissard a tout particulièrement attiré notre attention, au cours de ses consultations pour les femmes enceintes dont il sait

faire de si intéressantes et si attrayantes causeries. Aussi tenons-nous à lui adresser ici tous nos remerciements pour les excellentes leçons et les conseils éclairés, qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant cette année passée dans son service.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Soupçonnée ou connue depuis de longues années déjà, en tant que maladie générale, ce n'est qu'avec Paracelse, en 1520, qu'on peut entrevoir les premières notions sur la transmission de la vérole de la mère à l'enfant. Avant lui, quelques auteurs tels que Sigismond Tizio (1) (1497) et Gaspard Torella (2) (1499) avaient mentionné la syphilis héréditaire chez les nouveau-nés. Quelques années plus tard, Georges Vella (3) (1508), sans d'ailleurs appuyer son hypothèse sur aucun fondement, se demande si la syphilis des nouveau-nés ne pourrait pas leur être transmise par l'acte de la génération.

Paracelse dans son ouvrage. « *De causis et origine luis gallicæ* » se prononce catégoriquement pour l'hérédité de la syphilis : « *Le mal français, dit-il, naît seulement de Vénus où il se transmet par hérédité, et,*

1. Cité par DIDAY (art. Syph. héréd. *Dict. sc. méd.* 1883).

2. Cité par BLAISE (*Thèse d'agrégation*, 1883).

3. *Ibid.*

ajoute-t-il, *le mal devient héréditaire et se transmet du père au fils.* »

Après lui les auteurs, que passionne toujours le problème étiologique de la syphilis, semblent perdre de vue la connaissance de l'hérédité, pour se rattacher à une infection après la naissance, soit par le contact de l'enfant avec ses parents contaminés, soit par le lait maternel. Cependant, tandis que la vérité entrevue par Paracelse paraît sur le point d'être méconnue, Auger Ferrier (1) en 1553, avec l'école de Montpellier, vient affirmer de nouveau l'hérédité, tout en reconnaissant le bien-fondé de l'infection après la naissance.

Dès lors la cause de l'hérédité de la syphilis semble gagnée, malgré l'opinion de Fallope, admettant l'infection du nouveau-né *au passage*, malgré les affirmations contradictoires d'Ambroise Paré. Ce dernier dit en effet, à propos de la *grosse vérole qui survient aux petits enfants* : « Souvent l'on voit sortir les petits enfants hors du ventre de leur mère ayant cette maladie, et tôt après avoir plusieurs pustules sur le corps. » Mais plus loin il ajoute qu'« on ne voit jamais la vérole récidiver de père en fils (2). »

Enfin au terme du xvi^e siècle les hypothèses et les affirmations apportées jusqu'alors sur les origines de la syphilis se résument dans le passage de Gervais Uçay : « Il faut supposer que toutes les manières de contracter la vérole se réduisent à trois : *ou bien elle est originaire*

1. *Ibid.*

2. AMB. PARÉ *Œuvres complètes*, tome II, livre XVI, chap. XXXVII, p. 598.

c'est-à-dire qu'on l'a contractée dans le ventre de la mère, ou bien on l'a contractée par le coït, ou bien par quelque attouchement extérieur, soit en couchant avec les vérolés ou dans les linceuls où ils avaient sué, soit en buvant après eux, soit en tétant ou en donnant à téter (1). »

Le xvii^e siècle au contraire du précédent, est moins fécond en ouvrages sur les causes et les origines de la syphilis. L'hérédité semble admise, si on en juge par le *Miroir de la Beauté*, de Guyon et le *Traité de la vérole*, de Pierre Garnier (2), publié à Lyon en 1699. Mais ces auteurs, ainsi que Myssonnier (3) de Montpellier, insistent beaucoup plus sur le traitement de la syphilis des nouveau-nés qu'ils ne poussent leurs recherches sur l'hérédité.

Au xviii^e siècle il faut faire mention des recherches de Boerhave, qui décrit à son tour les diverses sources de l'infection, de celles de Frédéric Hoffmann (de Hall), qui s'efforce de découvrir les différentes modalités de l'infection. Astruc (4) dans son remarquable ouvrage, indique un des premiers, les rôles respectifs joués par les pères et mères.

Enfin les accoucheurs de cette époque n'oublient pas la syphilis dans leurs traités. François Mauriceau reconnaît non seulement la transmission de la syphilis de la

1. Cité par BLAISE (*Th. d'agrégation* 1883).

2. PIERRE GARNIER de Lyon, docteur de Montpellier. *Formulaire*, 2^e édition 1699.

3. MYSSONNIER. *Cours de Médecine théorique et pratique*. Montpellier 1664.

4. ASTRUC. *De morbis veneris*, 1763.

mère à l'enfant, mais encore, avec une clairvoyance remarquable, il rapporte à cette infection la cause des avortements et des accouchements prématurés. « La foy, dit-il, au début du chapitre XXV (*De la maladie vénérienne des femmes grasses*), nous oblige de croire que l'âme de l'enfant est touchée du péché de notre premier père aussitôt qu'elle lui est infusée ; et l'expérience journalière nous montre que son petit corps porte aussi, dès ce temps, la peine des fautes dont il n'est pas coupable quand sa mère est affligée de la maladie vénérienne ; car nous voyons tous les jours les enfants dont les pères et mères en sont infectés naître pleins de pustules et de vilains ulcères et assez souvent mourir avant que de venir au jour, ou fort peu de temps après être nés ; auxquels il vaudrait mieux n'avoir jamais été engendrés que de périr aussi misérablement (1). »

De son côté, Levret étudie particulièrement le pouvoir du traitement mercuriel administré en temps opportun.

Mais c'est au XIX^e siècle que revient le mérite d'avoir élucidé et mis au point la question de la syphilis dans ses rapports avec la grossesse et l'hérédité. Il n'est pas de syphiligraphes, d'accoucheurs, voire même de pédiâtres qui n'aient ajouté un chapitre à cette longue étude, aussi devons-nous nous borner à citer quelques-uns parmi les plus illustres, des auteurs, qui, par leurs recherches cliniques ou anatomo-pathologiques, ont

1. FRANÇOIS MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grasses et de celles qui sont accouchées*, 1740. Chap. XXV.

établi définitivement le tableau de la syphilis chez les femmes enceintes et les nouveau-nés.

Au commencement du siècle le problème de la transmission des accidents secondaires entre nourrices et nourrissons est éclairci et mis au point par Langlebert et Rollet. Puis ce sont les différentes conditions étiologiques de la genèse diathésique que Roger, Vidal, Notta et Gailleton examinent successivement.

Envisageant la transmission de la syphilis au cours de la gestation les auteurs du commencement du siècle recherchent avec passion auquel des deux générateurs revient la part prépondérante.

Bertin, en 1810, admet l'influence du père, Bouchut en doute et Cullerier, en 1851, affirme que l'hérédité syphilitique est due à l'influence maternelle seule. Cazenave, puis Trousseau, tiennent la transmission par le père pour la plus fréquente. A cette époque, dit Blaise, dans sa thèse, « les observateurs se séparent en deux camps : les uns niant catégoriquement l'influence paternelle, les autres l'admettant dans des limites variables. »

Mais les observations favorables à l'influence paternelle se multiplient, tant en France qu'à l'étranger. Au nombre des défenseurs les plus acharnés de l'influence paternelle on doit citer Diday et parmi les accoucheurs Depaul, dont les observations et les déductions eurent une influence décisive sur la solution du problème.

Donc la notion de l'hérédité paternelle se manifestant par la procréation des rejetons syphilitiques, en dehors de tout accident chez la mère, était presque

généralement admise, lorsqu'on en vint à se demander comment un enfant, manifestement vérolé à sa naissance, avait pu vivre neuf mois dans l'organisme maternel sans infecter cet organisme.

C'est alors qu'on voit paraître la réponse à cette question dans l'assertion de Baumès (1), connue plus généralement sous le nom de loi de Colles, à savoir « qu'une femme ayant porté dans son sein un enfant syphilitique quidoit l'infection au sperme de son père, ne contracte pas généralement, en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique, comme pourrait la contracter une nourrice étrangère ! » Alors et par analogie avec la vaccine, on admit l'existence d'une immunité relative de la mère ayant reçu de son fœtus une infection atténuée. Ce fut Diday qui se fit le défenseur de cette théorie appuyée sur de nombreuses observations et créa le terme de *syphilis par conception*.

Cette infection atténuée de la mère, justifiant son immunité apparente, reçut plus tard sa confirmation du jour nouveau qu'apportèrent à la science médicale les découvertes de Pasteur et la connaissance du rôle joué par les maladies infectieuses au cours de la grossesse. Les travaux de Strauss et Chamberland détruisirent la conception du filtre placentaire parfait, de Brauell et Davaine, protégeant le fœtus de l'infection maternelle et réciproquement la mère de l'infection fœtale. D'autre part la théorie de la syphilis conceptionnelle fut encore confirmée par les expériences de physiologie animale

1. BAUMÈS. *Précis sur les maladies vénériennes*, Lyon 1840.

entreprises par les vétérinaires et les éleveurs qui établirent pour de nombreuses espèces la loi de l'imprégnation maternelle.

En résumé et pour abrégé cette question historique touchant l'hérédité syphilitique, le xix^e siècle a vu dans les remarquables travaux de Ricord et de M. le professeur Fournier la synthèse de toutes les nations acquises jusqu'alors, élargies et justifiées par ces savants éminents.

Mais tandis que les auteurs dont nous venons de citer les noms s'occupaient de la genèse diathésique, la symptomatologie des accidents de la grossesse dus à la syphilis étaient approfondis par Cullerier, Prieur, Kassowitz. De leur côté Valleix et Gubler reconnaissaient les lésions viscérales des hérédo-syphilitiques, Parrot celles du squelette, suivi dans cette voie par Wagner et Waldeyer en Allemagne, Ranvier et Polailon en France, Hutchinson en Angleterre. Enfin sous l'impulsion des idées nouvelles, les lésions anatomiques du placenta des mères syphilitiques, prophétisées par Trousseau, étaient magistralement décrites pour la première fois par Wierchow, puis par Frankel et Macdonald, sans parler des travaux publiés à ce sujet par M. le professeur Pinard et ses élèves.

Ces dernières années ont vu la bactériologie pousser plus avant ses recherches dans le domaine de la syphilis, et des travaux tout récents ont fait découvrir à plusieurs reprises la spirochète de Schandinn dans les placentas de femmes syphilitiques, ainsi que dans les organes viscéraux d'enfants porteurs de lésions spécifiques.

CHAPITRE II

LA SYPHILIS DANS SES RAPPORTS AVEC LA GÉNÉRATION

Résumant brièvement le résultat des recherches des auteurs précédemment cités, nous nous efforcerons dans ce chapitre, de présenter, tels qu'ils sont admis aujourd'hui, les aspects de la syphilis dans ses rapports avec la génération et tels qu'ils se sont présentés à nous à la maternité de l'hôpital Tenon durant une année passée dans ce service.

Nous laisserons tout d'abord de côté l'étude de l'influence exercée par la grossesse sur la syphilis et celle des caractères spéciaux que revêtent les accidents de l'infection pendant la gestation. Nous présenterons dans un chapitre spécial ces caractères à propos des femmes enceintes portant des accidents primaires et secondaires. Mais ce qui doit retenir tout d'abord notre attention, c'est l'influence exercée par l'infection syphilitique sur la marche de la grossesse et sur le produit de la conception.

En effet que se passe-t-il et qu'advient-il de l'em-

bryon et du fœtus procréés par des générateurs en puissance de syphilis ? Sans entrer actuellement dans la recherche des responsabilités paternelle ou maternelle, des influences prépondérantes d'un facteur sur l'autre, le résultat qui s'impose aux yeux de l'accoucheur c'est ce que M. Fournier a appelé *l'inaptitude à la vie*, tant pour le fœtus que pour le nouveau-né.

Cette inaptitude vitale se manifeste de diverses façons ; soit par la mort *in utero* de l'embryon et du fœtus, d'où les modes d'expression symptomatiques de l'infection syphilitique : avortements et accouchements prématurés à répétition, soit par la naissance près du terme ou à terme d'enfants succombant dans les quelques heures qui suivent la naissance.

A ces deux premiers modes de *cachexie fœtale*, s'ajoute un troisième ordre de faits : la naissance d'enfants vivants porteurs de lésions syphilitiques congénitales ou héréditaires précoces. Nous aurons l'occasion d'insister, aux chapitres qui leur sont réservés, sur ces manifestations et sur leur valeur diagnostique ; mais il est un point particulier sur lequel nous voulons d'ores et déjà nous appesantir, à savoir, l'avortement et l'accouchement prématuré de fœtus morts et macérés, manifestations cliniques les plus fréquentes de l'inaptitude vitale due à la syphilis.

Quels sont donc les caractères de l'expulsion avant le terme normal, par le fait de la syphilis, du produit de la conception ?

1^o L'avortement est spontané.

2^o Comme il s'agit dans la majorité des cas de l'ex-

pulsion d'un œuf mort, l'avortement se fait sans hémorragie abondante. L'expulsion se fait en deux temps, séparés parfois par un assez long intervalle.

Ces caractères ont une certaine valeur diagnostique, puisqu'ils différencient l'avortement d'un produit mort, ce qui est toujours le cas quand la syphilis est en cause, des avortements d'origine traumatique. Ceux-ci s'accompagnent souvent, surtout vers le troisième mois de la grossesse, d'une abondante hémorragie, et s'ils se font en deux temps, l'expulsion du placenta suit toujours d'assez près celle du fœtus.

3^e *Époque de l'expulsion du fœtus.* — Pour Bertin et Bouchut, l'avortement se produit entre le cinquième et le septième mois. Pour Weber et Parrot, entre le septième et le huitième. Pratiquement, on peut admettre que l'avortement se produit rarement avant le cinquième mois; cependant, parmi les observations que nous avons recueillies, il nous est arrivé d'observer des avortements survenant avant cette époque.

D'autre part, la grossesse évoluant chez une syphilitique ne dépasse qu'exceptionnellement le terme de huit mois. Dans les cas contraires, on a affaire à l'expulsion d'enfants vivants, près du terme ou à terme qui présentent des lésions spécifiques cutanées ou viscérales.

D'ailleurs, dans cette question de l'époque de l'avortement interviennent plusieurs facteurs susceptibles de la modifier; c'est à savoir: d'une part, l'âge et le degré de virulence de la syphilis elle-même, d'autre part, l'influence exercée par chacun des générateurs séparément ou simultanément.

Envisageant d'abord l'âge de la syphilis chez la mère, une distinction capitale s'impose : ou bien la mère était infectée avant la conception, ou bien elle a contracté la syphilis en même temps qu'elle est devenue enceinte, ou bien elle a été contaminée au cours de la grossesse.

Premier cas. — La mère était syphilitique avant la conception; alors l'avortement est fatal, et d'autant plus fatal que la syphilis est d'acquisition plus récente. L'avortement se produit à six mois, six mois et demi ou sept mois.

Deuxième cas. — La mère contracte la syphilis en même temps qu'elle devient enceinte; la mort du produit de la conception est la règle, l'avortement se produit à des époques qui varient avec le degré de l'infection; mais le plus souvent se produisent des avortements de six mois, et surtout des accouchements prématurés à sept mois, sept mois et demi et huit mois.

Troisième cas. — La mère est contaminée au cours de la grossesse. Dans ce cas il va de soi que plus l'époque à laquelle la femme contracte la vérole est rapprochée du début de la grossesse, moins le fœtus a de chances d'échapper à l'infection. La syphilis agit alors comme toute maladie infectieuse retentissant par voie placentaire sur le produit de la conception et ce dernier ne peut jamais être à l'abri des accidents que l'infection détermine.

Cependant les auteurs ont cherché à fixer un terme au delà duquel le fœtus peut échapper à la mort *in utero* et à l'expulsion prématurée. Parrot fixe comme

terme le cinquième mois : « Il y a, dit-il, plus de chances que l'expulsion prématurée ait lieu lorsque l'intoxication a précédé la grossesse, que si elle s'est produite pendant son cours. Rien n'est en effet plus redoutable que l'imprégnation de l'ovule par le virus. Plus le moment de la contamination se rapproche du terme de la grossesse, moins il y a de chances que l'avortement se produise ; il est très peu probable lorsque la femme est infectée au cinquième mois (1). » Diday abaisse même le terme au quatrième mois. « Il me suffit, dit-il, d'indiquer le quatrième mois comme terme moyen au delà duquel on peut voir survenir l'infection, sans trop redouter l'avortement ; au contraire, ce résultat est à peu près invariable si le virus prend possession de l'organisme pendant les trois premiers mois. » Ricord au contraire est beaucoup moins affirmatif, si l'infection de la mère a lieu dans les trois derniers mois de la gestation « il n'est pas sûr que la transmission soit possible. » Pour Cullerier la syphilis peut se transmettre de la mère à l'enfant à toutes les périodes de la grossesse, mais cet auteur ne dit pas si l'avortement en résulte et à quelle époque il se produit.

« On ne peut indiquer d'une manière générale l'époque à laquelle se fait l'avortement ; cette date varie, sans nuls doutes avec l'âge et la gravité de la syphilis maternelle. La plupart des auteurs indiquent la deuxième moitié de la grossesse. Il est probable que

1. PARROT. *De l'avortement et de l'accouchement prématuré dans la syphilis héréditaire* (*Progrès médical*, 1877, p. 881).

les avortements très précoces sont moins rares que ne l'indiquent les statistiques, mais qu'ils sont souvent méconnus » (G. Homolle) (1).

Enfin le professeur Fournier, résume en quelques mots ces différentes opinions :

« Plus la syphilis, dit-il, arrive tard dans le cours de la grossesse, plus l'enfant a de chances d'échapper à l'infection (2). »

On voit par ce qui précède combien il est difficile de fixer une date à l'avortement dans le cas de syphilis contractée par la mère dans le cours de la grossesse, puisque l'avortement n'est pas toujours le résultat forcé de l'infection, que même dans quelques cas le fœtus semble y échapper et qu'enfin il faut tenir compte du degré de nocivité de la diathèse.

Toutefois, si l'avortement ou l'accouchement prématuré ne se produisent pas fatalement à une date déterminée, il semble difficile d'admettre que le fœtus ne soit pas infecté, d'autant moins que ce fœtus, qui aura échappé à la cachexie syphilitique *in utero*, pourra présenter à la naissance les stigmates révélateurs de son intoxication.

Parmi les facteurs susceptibles de modifier l'époque de l'expulsion du fœtus, nous venons de voir la seule influence de l'âge de l'infection chez la mère. Il nous faut examiner les influences exercées par chacun des générateurs.

1. HOMOLLE, *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*.

2. FOURNIER, *Syphilis et Mariage*.

L'influence maternelle est tout examinée, puisqu'en traitant de l'âge de la syphilis il n'a été question jusqu'à présent que de la mère. L'hérédité maternelle est une des plus nocives pour le fœtus.

Lorsque les deux générateurs sont infectés, les résultats pour l'évolution de la grossesse restent aussi graves, les avortements et les accouchements prématurés se succèdent et cela, d'une façon pour ainsi dire inévitable.

Le fœtus procréé par un père syphilitique chez une mère déjà infectée ne peut échapper à sa finalité. C'est ce que M. Fournier, en comparant les trois modes d'hérédité, formule ainsi : « L'hérédité mixte est celle qui atteint le maximum, l'apogée, tout à la fois, comme indice de nocivité et comme indice de mortalité (1). »

A ne considérer que les avortements et leur époque d'apparition, on ne peut établir une règle fixe lorsque le père, seul syphilitique, ne contagionne pas directement sa femme. Mais ici encore intervient l'âge de l'infection. Il est bien prouvé, grâce aux recherches de Diday et de M. Fournier, qu'un homme jeune dans sa syphilis infectera presque à coup sûr l'ovule ; que cet ovule donnera naissance à un œuf syphilitique où, par la suite, les lésions des membranes et du placenta s'ajoutant à celles du fœtus lui-même, entraîneront forcément la mort *in utero*. L'avortement se produira dès les premiers mois de la grossesse. Donc, plus la syphilis du père est jeune, moins le fœtus aura de chan-

1: FOURNIER. *L'hérédité syphilitique*. Chap. VIII, p. 91.

ces d'y échapper et plus l'avortement se fera loin du terme.

Il nous faut maintenant considérer un caractère des avortements et accouchements prématurés qui a une autre valeur diagnostique que les précédents, tirés seulement de l'époque d'expulsion. Caractère presque constant et pour ainsi dire pathognomonique de la syphilis congénitale, à savoir : la *répétition dans l'expulsion prématurée du produit de la conception*.

Un des premiers Trousseau avait insisté sur ce caractère au point qu'il écrivait : « Quand vous serez appelé près d'une femme pour laquelle l'avortement ou l'accouchement prématuré est une habitude, vous aurez tort si vous ne faites pas figurer l'infection syphilitique parmi les causes supposables dont on dresse le catalogue provisoire avant d'asseoir un jugement (1). »

C'est une notion aujourd'hui couramment admise que les *avortements à répétition* reconnaissent la syphilis pour cause dans la majorité des cas ; c'est à cette maladie qu'on a l'habitude de rattacher le plus fréquemment « *la mort habituelle du fœtus* ».

Quoi d'ailleurs de plus probant que cette observation de M. Fournier, qui emprunte aux conditions mêmes de son développement, la valeur d'une expérience !

« Un jeune ménage, indemne de syphilis, commence par avoir trois superbes enfants bien venus à terme,

1. TROUSSEAU et LASÈGUE. — *Syph. const. des enfants du premier âge* Gaz. méd. Paris, 1848.

dont deux sont encore vivants et dont le troisième paraît n'avoir succombé qu'à une maladie incident, de forme aiguë. *Alors le mari prend la syphilis et la transmet à sa femme.* Depuis cette époque sept grossesses sont survenues. Or quelle a été la terminaison de ces sept grossesses consécutives à l'infection des deux époux ?

Première grossesse (après la syphilis). — Avortement au cinquième mois.

Deuxième grossesse. — Accouchement prématuré à sept mois et demi. L'enfant très chétif, sorte de petit vieux tout rabougri, meurt à 15 jours.

Troisième grossesse. — Accouchement presque à terme d'un enfant mort.

Quatrième grossesse. — Accouchement prématuré à sept mois. Enfant mort-né ayant le corps couvert de taches.

Cinquième grossesse. — Accouchement prématuré d'un enfant mort.

Sixième grossesse. — Avortement de trois mois et demi.

Septième grossesse. — Avortement de six semaines (1). »

La réalité clinique de ces faits étant admise, on est en droit d'y attacher une grosse importance en vue du diagnostic. D'ailleurs, les avortements à répétition sont suivis d'accouchements prématurés, eux-mêmes répétés et l'évolution des accidents vient apporter la confirmation du diagnostic déjà posé.

1. *L'Hérédité syphilitique.* Chap. iv, p. 29.

En effet, la même femme, qui a fait plusieurs avortements, puis des accouchements prématurés de fœtus morts et macérés, à mesure qu'elle s'éloigne de la date de l'infection, accouchera enfin à terme d'enfants vivants, porteurs de lésions d'hérédo-syphilis précoce, on succombe dans les quelques jours qui suivront leur naissance. Autant de symptômes qui viendront justifier de la nature spécifique des avortements antérieurs. En somme, il s'agit toujours de cette inaptitude à la vie, qui caractérise pour le fœtus l'infection syphilitique congénitale.

Nous croyons devoir insister sur ce point, en débutant, parce que nous avons attaché par la suite, une grande valeur à ces avortements à répétition. C'est par la connaissance d'une série d'avortements et d'accouchements prématurés, que nous avons pu bien souvent en dehors de tout autre symptôme, porter un diagnostic de syphilis, que l'évolution des accidents est venue confirmer ultérieurement.

Mais on doit remarquer en même temps que plus on avance dans l'âge de l'infection, plus l'expulsion du produit de la conception se rapproche du terme normal de la grossesse. C'est ce phénomène que Simon formulait ainsi : « La dyscrasie syphilitique s'use et s'épuise sur les premiers enfants » et que Diday érigait en loi sous l'appellation de *loi de décroissance*.

Bertin, Lallemand, Bardinet, Doyon et Dron ont apporté à l'appui de cette loi des observations rigoureuses. Elles ont bien montré cette atténuation pro-

gressive des accidents syphilitiques sous l'influence du temps.

A la loi de décroissance dérivant uniquement de l'influence du temps, s'ajoute heureusement l'influence du traitement.

Toutes choses égales d'ailleurs, il est bien évident qu'en mentionnant ces accidents de la grossesse et de l'hérédité syphilitique, nous n'avons fait allusion qu'à des sujets « vierges de tout traitement ». Nous n'avons pas non plus fait de distinctions, dans cette partie de notre chapitre, entre les différentes provenances de l'hérédité. On peut d'ailleurs admettre, qu'au point de vue de l'inaptitude à la vie; la nocivité est la même pour le fœtus, que l'hérédité soit mixte ou qu'elle provienne de chacun des deux générateurs séparément. De plus, au point de vue qui nous occupe plus particulièrement dans ce travail, nous n'avons pu que par déduction établir le rôle de l'hérédité paternelle. Nous n'avons pu, en effet, examiner les pères. Et pourtant combien cette hérédité paternelle doit jouer un large rôle dans ces hécatombes d'embryons et de fœtus. En effet, ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons rencontré des mères en puissance d'accidents syphilitiques. Alors à qui imputer la cause de tant d'avortements, sinon à la syphilis paternelle qui procrée directement des enfants syphilitiques. C'est la connaissance de la syphilis conceptionnelle qui permet d'expliquer ce phénomène et par suite de porter un diagnostic de syphilis chez une femme indemne en apparence. Infectée par son premier fœtus, elle n'en restera pas moins

en puissance de syphilis latente, qui empêchera toute nouvelle grossesse d'être normale.

Pour terminer nous ferons remarquer que la répétition dans l'avortement et la loi de décroissance présentent des exceptions.

L'exception en ce qui concerne la répétition des avortements se traduit par ce que M. Fournier appelle les alternances de l'hérédité syphilitique.

Voici d'ailleurs ce que dit cet éminent observateur : « Il n'est pas impossible, par exemple, que plusieurs grossesses venant à se produire dans un ménage entaché de syphilis, un enfant naisse sain, entre son aîné venu syphilitique et son puîné également syphilitique (1). » Ces cas sont rares, exceptionnels à coup sûr puisque M. Fournier dit n'en posséder que huit observations. Cependant on en rencontre cités par différents auteurs notamment par Turhmann, Kassowitz, Taylor, Behrend et Lanery et tout récemment par M. Boissard (2). Ces faits d'alternances sont pour la plupart sous la dépendance du traitement ; mais il existe des cas où l'influence thérapeutique ne peut être invoquée, le traitement n'étant jamais intervenu. Diverses théories ont été mises en avant pour les expliquer, ce ne sont pour la plupart que des hypothèses (Fournier).

De son côté la loi de décroissance souffre des exceptions, qui se présentent comme le triste corollaire des alternances. Campbell et Diday rapportent des observa-

1. FOURNIER. L'hérédité syphilitique, Chap. XXX, p. 287.

2. BOISSARD. Conception syphilitique alternante. *Bull. Soc. d'obs de Paris*, n. 2, février 1903, p. 73.

tions où l'on remarque l'augmentation des désordres dans les grossesses successives. A la naissance d'un enfant vivant, mais chétif, succèdent des accouchements prématurés ou des avortements.

Cependant l'évolution de la grossesse ne fournit pas seule de précieux renseignements pour le diagnostic. Elle se trouve revêtir parfois des caractères pathologiques qui doivent être imputés à la syphilis ; tel est le cas pour l'hydropisie de l'amnios. Enfin nous verrons par la suite les altérations que la spécificité imprime aux placentas. A tous ces éléments de diagnostic se joindront les signes fournis par l'hérédosyphilis précoce des nouveau-nés. Dans un chapitre spécial nous traiterons de ces accidents, pemphigus, lésions viscérales, hémorragies multiples, cachexie et débilité, qui apporteront au diagnostic rétrospectif une nouvelle confirmation.

CHAPITRE II

STATISTIQUE GÉNÉRALE

Du 1^{er} mars 1905 au 1^{er} mars 1906, il a été reçu à la maternité de l'hôpital Tenon 1.213 femmes aux différentes périodes de la gestation. Au point de vue de la syphilis, il nous a été donné de recueillir 94 observations, pour lesquelles le diagnostic ne peut laisser de doutes. Ce qui représente une proportion de 7,6 0.0 sur le total des entrées. Cette proportion est loin de représenter la physionomie exacte de la syphilis chez les femmes enceintes ; car dans la grande majorité des cas la syphilis n'a pu être décelée et affirmée que par les accidents obstétricaux antérieurs ; les avortements et les accouchements avant terme en étant souvent les seules manifestations. Les faits de cet ordre s'expliquent facilement par la considération du milieu hospitalier où nous avons recherché nos observations.

Le chancre, parfois si difficilement décelable, pour le médecin lui-même, sera-t-il à fortiori, demeuré inconnu pour des femmes chez qui les soins de propreté sont

tout à fait rudimentaires. Il en est de même pour les plaques muqueuses vulvaires ou anales ; quant à celles de la bouche, les femmes n'y prêtent aucune attention ayant été accoutumées depuis leur enfance à avoir la muqueuse buccale plus ou moins ulcérée par de mauvaises dents.

Que dira-t-on de la roséole, des syphilides pigmentaires, pour le diagnostic desquelles on emploie des artifices d'éclairage ; les malades qui nous intéressent n'ont ni le temps, ni l'habitude de faire, tous les jours, un examen attentif de leur tégument, devant un miroir encore bien heureux quand une couche de crasse ne vient pas donner à toute la peau une teinte uniformément grise.

Mais toutes ces femmes ignorantes ou insouciantes de leur santé et de celle de leurs maris, savent parfaitement qu'elles ont fait un ou plusieurs avortements, que leur dernier enfant venu presque à terme, n'a pas survécu ou qu'il était couvert de boutons et de taches à sa naissance. D'autre part, elles sont déjà venues à la Maternité à l'occasion de ses accidents et il est possible de retrouver leurs traces et leur histoire obstétricale dans les archives.

D'ailleurs la meilleure preuve de ce que nous avançons, est fournie par les chiffres. Sur ces 94 femmes diagnostiquées syphilitiques, *dix-huit* seulement, soit 9 0/0, présentaient des accidents primaires et secondaires, on avait la notion de leur infection pour avoir été traitées précédemment, dans des hôpitaux tels que Saint-Louis et Broca.

Ce sont ces raisons qui peuvent faire paraître si faible notre proportion de femmes syphilitiques passées en un an dans le service de M. Boissard ; mais elles nous ont forcé à une circonspection plus grande dans l'affirmation du diagnostic. Elles nous ont forcé à éliminer beaucoup de primipares venant faire à la Maternité leur avortement. Et s'il se trouve, parmi nos observations, des femmes de cette catégorie, elles rentrent pour la plupart dans le groupe des dix-huit femmes en puissance d'accidents cutanés ou muqueux.

C'est pourquoi, malgré ces restrictions, nous ne désignons pas par syphilitiques les seules femmes ayant présenté sous nos yeux des accidents sur elles mêmes, mais toutes celles dont les grossesses ont présenté des caractères pathologiques imputables à la syphilis. En un mot, nous avons rassemblé les observations de femmes chez qui la syphilis est soit « en action », soit « en puissance » ; car nous ne devons pas perdre de vue que nous nous plaçons principalement au point de vue obstétrical.

Maintenant si nous considérons ces résultats de la grossesse chez les 94 femmes de nos observations, nous voyons qu'ils se décomposent comme il suit :

Avortements	15
Accouchements prématurés, fœtus mort et macéré . . .	36
Accouchements à terme, — — . . .	2
Acc. prém., enfant vivant, mort à la Maternité. . . .	12
Acc. à terme, — — — . . .	2
Acc. prém. ou à terme, enfants partis vivants	27
Total.	<u>94</u>

Ce qui représente 51 grossesses se terminant, ou par avortement ou par accouchement prématuré; soit une proportion de 55,3 0/0. Si on ajoute à ces 51 grossesses, les accouchements à terme d'enfants morts et macérés, les accouchements prématurés ou à terme d'enfants vivants, morts dans les quelques heures ou quelques jours qui suivent, on obtient une mortalité fœtale et infantile portant sur 67 cas; soit une mortalité par syphilis s'élevant à 71,2 0/0.

Cette proportion de mortalité infantile, pour considérable qu'elle soit, est encore inférieure à la réalité. La plupart des femmes quittent la Maternité du onzième au quinzième jour après leur accouchement; on peut donc espérer que leur enfant, mis au traitement mercuriel dès sa naissance, pourra survivre, mais il est des mères qui sortent le troisième ou le quatrième jour; on est donc en droit de supposer, sinon d'affirmer, que leur enfant débile ou porteur de lésions succombera prochainement. Combien de ces enfants, rentrés dans le milieu où vit leur mère, échapperont aux « *troubles dystrophiques généraux ou partiels* » qui peuvent sinon entraîner la mort, du moins faire de ces petits êtres entachés de syphilis, des dégénérés ou des avortons?

Nous plaçant à un autre point de vue, si nous examinons la mortalité totale des fœtus et des enfants à la maternité de l'hôpital Tenon, de mars 1905 à mars 1906, nous remarquons que pour 1213 femmes grosses entrées dans le service, la mortalité générale s'élève à 288 cas. (Mort des fœtus par avortements et accouchements prématurés; mort des enfants dans les dix pre-

miers jours). Ce qui représente un peu plus du quart, exactement 23,7 0/0 de déchet pour la natalité générale.

Or la syphilis, tant foétale qu'infantile, sur ces 288 décès est responsable de 67, soit encore le quart ou 23,2 0/0.

De cette proportion énorme de mortalité par syphilis, la conclusion pratique qu'on doit tirer c'est qu'il importe de poser dès le début de la grossesse, un diagnostic permettant d'instituer immédiatement le traitement prophylactique pour le fœtus.

A l'appui de cette conclusion, nous nous reportons aux chiffres de notre statistique.

En effet, dix-sept femmes ont été traitées pendant leur grossesse, qui ont quitté la maternité avec douze enfants vivants, ce qui représente près de la moitié des enfants sortis vivants portés au tableau précédent (1).

1. Dans une thèse récente (octobre 1905), LOUIS DUCHÈNE étudiant les avortements à la maternité de l'Hôtel-Dieu établit la statistique suivante :

Pour 1904. Entrées 1211. Avortements (1 à 6 mois) 141. Dans ces 141 avortements la syphilis est incriminée 8 fois.

Si nous nous plaçons au même point de vue, voici quels sont les résultats pour la maternité de Tenon en 1905-1906 :

Entrées 1213. Avortements (1 à 6 mois) 173. Par syphilis 15.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA SYPHILIS

Dans ce chapitre et dans tous ceux qui suivent, nous nous efforcerons de justifier notre statistique par des observations. Nous commencerons par les cas les plus simples, c'est-à-dire ceux où le diagnostic de syphilis s'impose par la présence des accidents cutanés ou muqueux ; puis nous aborderons les cas de plus en plus complexes, dans lesquels, seuls les accidents de la puerpéralité, peuvent apporter la certitude de l'existence de la diathèse syphilitique.

Examinons, tout d'abord, l'influence exercée par la grossesse sur la syphilis.

Dans un certain nombre de cas, la grossesse évolue chez les femmes syphilitiques sans apporter aucun nouvel élément de gravité, ni dans l'état général de la femme, ni dans la forme ou la durée des accidents locaux. Mais, il en est d'autres chez qui, comme le dit le professeur Fournier, « *la grossesse complique la vérole* ».

Cette notion n'avait échappé à aucun des auteurs qui se sont occupés de la question. Seul, au début du XIX^e siècle, Cullerier neveu (1), affirme le contraire : « les accidents syphilitiques, dit-il, sont en général moins graves pendant le cours de la gestation. » Mais si l'on en croit la majorité des auteurs, la grossesse imprime à la syphilis un caractère de malignité qui porte tant sur l'état général que sur les lésions spécifiques elles-mêmes.

Agissant comme une infection générale, la syphilis se traduit par des symptômes généraux, qui sont parfois assez caractéristiques pour signaler le début de la période secondaire.

Ce sont, le plus souvent, de la céphalée, des douleurs ostéocopes, qu'accompagne un état de dépression physique et morale. La malade se plaint de perte des forces, elle a de l'insomnie, elle maigrit et prend un teint blafard. L'anémie est évidente, la numération des éléments du sang montre une diminution des globules rouges, accompagnée d'un certain degré de leucocytose.

De son côté la grossesse apporte à l'organisme des modifications considérables. A côté de la diminution des globules rouges on note des troubles portant sur l'appareil gastro-hépatique. Enfin la femme enceinte peut présenter un ensemble de symptômes très analogues à ceux de l'anémie.

1. CULLÉRIER neveu. *Journal de médecine de clinique et de pharmacie*, 1817, p. 343, cité par LEGRAND.

« La grossesse chez ces femmes, (les syphilitiques) dit Rollet (1), en venant ajouter son anémie propre à celle de la syphilis, a une influence débilitante particulière. Les malades deviennent pâles, faibles, alanguies, hydroémiques. Sous cette double influence les symptômes syphilitiques se multiplient, s'aggravent beaucoup. La grossesse est toujours pénible, accidentée, laborieuse ; elle n'arrive pas à terme et aboutit presque fatalement à l'accouchement prématuré ou à l'avortement. »

Comment voudrait-on, en bonne logique, qu'il en soit autrement, puisque, à un état physiologique apportant à l'organisme de la femme un surcroît de fatigue, vient s'ajouter un état infectieux particulièrement débilitant ?

Chez quelques femmes dont la grossesse évolue en pleine période secondaire, on peut observer un état véritablement cachectique. L'amaigrissement est considérable, les téguments sont d'une pâleur terreuse, le moindre mouvement est, pour ces malades, l'occasion d'une fatigue extrême ; l'appétit est nul ; les urines, rares, hautes en couleur, contiennent parfois de l'albumine en quantité très notable.

Localement l'aggravation des accidents n'est pas moins remarquable. Elle porte sur le nombre, l'intensité et la durée des lésions.

Tout d'abord la grossesse est l'occasion de l'apparition d'accidents secondaires chez les femmes récemment infectées. Hunter, Nisbett, Swiedaur, Bielt, Cazeneuve,

1. ROLLET, *Dict. Encyclopédique*, Art. *Syphilis*, *symp. gén.*

Gibert (1), assurent qu'une syphilis qui a été latente pendant un temps plus ou moins long, se traduit tout à coup par une éruption à l'occasion d'une grossesse, de l'accouchement, de la cessation des règles. C'est ainsi qu'on trouve des malades exempts d'accidents depuis un certain temps, qui, à l'occasion d'une grossesse, voient survenir des plaques muqueuses ou des syphilitides cutanées.

Chez la femme enceinte, le chancre est plus volumineux que chez la femme non gravide ; il est hypertrophié, présente une vascularisation plus intense. Cependant il n'est pas très induré, ce qui rend parfois son diagnostic plus délicat, et ceci par suite des phénomènes de ramollissement que présentent tous les tissus normaux ou pathologiques au niveau des parties génitales durant la grossesse. La durée du chancre qui, ordinairement, est de trois à cinq semaines, s'il évolue en dehors de contacts irritants, pendant la grossesse peut atteindre de dix à douze semaines.

La cicatrice qui, en général, est un peu visible, se présentant sous l'aspect d'une tache petite et blanchâtre, pour disparaître au bout d'un certain temps, peut devenir, au cours de la gestation, le siège de tissu bourgeonnant, hypertrophique, blanchâtre et dur au toucher. Il arrive même que le chancre est le siège de transformations *in situ*. Persistant encore lorsque commence la période secondaire, on peut le voir, au lieu de se résoudre, se transformer en syphilide papuleuse.

1. Cités par J. ROLLET, in. *Dict. Encyclop.*

Si la grossesse influe sur la forme et la durée du chancre, elle n'a pas moins d'influence sur les accidents de la période secondaire. Les syphilides papuleuses de la vulve sont plus volumineuses et ont une tendance à persister et à se reproduire indéfiniment.

Alphonse Guérin constate que les plaques muqueuses se multiplient et s'accroissent, en dépit même du traitement général, tant que dure la grossesse ; ou que si elles disparaissent pendant un certain temps, elles ont une grande tendance à se reproduire.

M. Fournier, qui leur assigne en dehors de la gestation une durée de deux mois à deux mois et demi, affirme que, pendant la grossesse, les syphilides muqueuses persistent de trois mois à trois mois et demi.

« L'état congestif anormal de la vulve, dit M. Fournier, est pour ces accidents, une cause d'appel et d'entretien ; les papules muqueuses ne se bornent pas à être très communes chez les femmes enceintes, elles se développent avec une exubérance singulière, prennent rapidement la forme bourgeonnante, végétante, hypertrophique et arrivent souvent à constituer de nombreuses tumeurs qui envahissent et déforment toute la vulve (1). »

A ces masses bourgeonnantes, se joint l'œdème des grandes lèvres, parfois considérable et ne faisant jamais défaut. Ce sont autant de dangers pour l'accouchement, sur lesquels insiste M. le professeur Budin : « Ces tissus, écrit-il, friables et inextensibles par

1. Cité par DIANU, in *Thèse*, 1888.

l'œdème, se déchirent facilement au cours de l'expulsion (1).

Mais au cours de la grossesse les plaques muqueuses ne revêtent pas seulement ce type hypertrophique, elles affectent souvent une forme érosive, ulcéreuse même, rebelle au traitement. « Lourdes, violacées, creuses et rendues plus creuses encore par la turgescence vasculaire des parties, dit M. Fournier, elles persistent, en général, plus ou moins longtemps et tendent souvent à progresser. On a même parfois toutes les peines du monde à obtenir la cicatrisation avant l'accouchement. »

Parmi les quelques femmes en puissance d'accidents, que nous avons eu l'occasion d'observer, la plupart présentaient, du fait de leur grossesse, une aggravation plus ou moins considérable, mais toujours notable, de leur syphilis.

D'ailleurs, il en serait difficilement autrement, étant donné le milieu dans lequel nous avons recueilli nos observations. Ces femmes se trouvent dans les conditions physiologiques les plus défectueuses ; elles sont déjà normalement extrêmement éprouvées par leur grossesse ; s'il survient chez elles une nouvelle cause d'épuisement et d'anémie, on ne peut être surpris de voir l'état général devenir rapidement mauvais. Hygiène déplorable, surmenage physique et moral, souvent misère, ignorance du mal, insouciance du traitement, telles sont les conditions les meilleures pour que la

1. Professeur P. BUDIN in *Thèse d'agrégation*.

grossesse devienne, à coup sûr, une complication grave de la syphilis.

OBSERVATION I

(Chancre de la vulve, Cachexie syphilitique).

H... Eugénie, 19 ans, 1^{er} pare.

Vient à la consultation le 12 juillet 1905, pour savoir si elle est enceinte.

Les dernières règles sont du 17 au 22 avril. Grossesse de trois mois. Elle porte sur la grande lèvre vulvaire droite un chancre induré volumineux.

L'induration est assez peu nette en raison de l'œdème considérable de la grande lèvre, qui fait un bourrelet dépassant la lèvre gauche elle-même notablement œdématiée. Pléiades ganglionnaires inguinales. L'état général est satisfaisant.

On fait à cette femme une piqûre d'huile biiodurée, et on lui prescrit de revenir deux fois par semaine, pour se faire soigner.

Elle ne revient pas.

A la fin de septembre elle se présente de nouveau à la consultation. La grossesse est à son cinquième mois. On perçoit les bruits du cœur fœtal.

Au point de vue de l'état général, cette femme est méconnaissable, amaigrie, d'une pâleur terreuse, les cheveux en partie tombés; le moindre mouvement est pour elle une fatigue. Elle est abattue, sa santé morale semble aussi atteinte que sa santé physique. La voix est faible et cassée. Toux sèche, incessante.

A la vulve, plaques muqueuses hypertrophiques, larges,

bourgeonnantes, reposant sur un œdème considérable. Albuminurie intense.

Cette femme est hospitalisée et soumise au traitement par les piqûres d'huile biiodurée (4 milligrammes par centicube).

Au bout d'un mois, l'état général est amélioré, l'albumine a diminué, la laryngite a disparu. Cependant les plaques muqueuses et l'œdème de la vulve persistent.

Le 7 novembre. — Elle accouche prématurément à 7 mois d'une fille morte et macérée pesant 1500 grammes. *Placenta de 550 grammes.*

OBSERVATION II

(Roséole. Plaques muqueuses. Cachexie syphilitique).

M... Louise, II pare, 25 ans.

Un enfant vivant, âgé de 4 ans, bien portant, d'un premier père.

Entrée à la Maternité, pour début du travail, le 19 janvier 1900.

Dernières règles du 12 au 16 juin 1905. Grossesse de sept mois. Un seul rapport sexuel fécondant et infectant. Aurait remarqué au début de sa grossesse un bouton à la vulve ?

Aurait eu, au cours de sa grossesse des plaques dans la bouche et une angine rebelle à tout traitement ordinaire.

A son entrée à la salle de travail, elle présente une roséole bien caractérisée, généralisée à tout le tronc. Plaques muqueuses de la vulve, volumineuses, bourgeonnantes. Œdème considérable des grandes lèvres.

État général mauvais. Depuis deux mois cette femme se

plaint d'une grande faiblesse, de maux de tête, d'inappétence. Elle est pâle et considérablement amaigrie. Pas d'albumine.

Elle ne sent plus remuer depuis quinze jours.

On ne perçoit, ni les mouvements actifs, ni les bruits du cœur.

Excès de liquide amniotique. Petite extrémité céphalique en bas; sensations de mollesse de l'utérus. Début de travail, col entr'ouvert non effacé, poche des eaux saillante en bissac.

Expulsion spontanée, le 20 janvier d'un fœtus mort et macéré pesant 1750 grammes.

Liquide amniotique abondant, épais, couleur chocolat.

Délivrance spontanée. Membranes incomplètes. *Placenta pesant 550 grammes.*

Au cours des observations rapportées au chapitre suivant on pourra remarquer que les plaques muqueuses de la vulve sont, dans la plupart des cas accompagnées d'œdème plus ou moins considérable.

CHAPITRE V

SYPHILIS DIAGNOSTIQUÉE AU COURS DE LA GROSSESSE PAR LA PRÉSENCE D'ACCIDENTS PRIMAIRES ET SECONDAIRES

Le diagnostic de la syphilis chez les femmes enceintes par la constatation de l'accident primitif est le cas exceptionnel. Trois fois seulement nous avons pu constater la présence du chancre induré ou de sa cicatrice. Ce phénomène, si phénomène il y a, s'explique facilement. Nous avons déjà suffisamment insisté, pour n'avoir pas besoin d'y revenir, sur la façon dont l'accident primitif peut passer inaperçu en général, et en particulier chez les femmes qui fournissent à l'hôpital des malades. Il est une autre raison qui tient à l'évolution même de l'infection syphilitique. En effet, il s'agit souvent de primipares infectées au moment même de la fécondation ; la maladie évolue en même temps que la grossesse, le chancre passe inaperçu, et ces femmes arrivent à la Maternité pour faire leur avortement dans les environs du cinquième ou sixième mois. A cette épo-

que le chancre a disparu pour faire place aux accidents de la période secondaire.

Lorsque nous avons pu voir le chancre induré, c'est grâce à l'intervention du hasard, comme dans l'observation I ou grâce à sa localisation extra-génitale, comme dans l'observation III.

Plus souvent on peut observer les accidents secondaires. Leur persistance pendant toute la durée de la grossesse, leur volume et l'œdème qui les accompagne, s'il s'agit de syphilis muqueuses, le mauvais état général qui coïncide avec leur présence, finissent quelquefois par attirer l'attention de la femme; il en est de même pour leur localisation à la bouche et au pharynx. Enfin les accidents de la grossesse elle-même, qui amènent la femme, soit à la consultation, soit à la salle de travail, font immédiatement songer à la syphilis et font qu'en les recherchant, on peut observer les syphilides cutanées ou muqueuses. Comparativement à celle du chancre, l'observation de plaques muqueuses, n'a pas été une rareté chez les femmes qui ont pu passer sous nos yeux.

Les syphilides pigmentaires, le plus souvent sous la forme de *corona veneris*, sont assez fréquemment décelables; cet accident n'est plus, ni une trouvaille due au hasard d'un examen, ni un symptôme pour lequel la femme peut venir consulter. Son observation est le résultat d'une recherche systématique, pour la confirmation d'un diagnostic en suspens. En effet son apparition est plus tardive que celle des syphilides muqueuses et, en présence d'une femme ayant déjà fait un

avortement, nous avons toujours recherché ce stigmat, révélateur d'une syphilis assez récente. Or, il nous est arrivé plusieurs fois, de trouver autour du cou des malades de cette catégorie, cette pigmentation d'une teinte assez variable, jaunâtre ou brun sale, ocreux, plus ou moins foncé, disposée en réseau à mailles plus ou moins larges enserrant des îlots arrondis de peau à coloration normale, qui constitue la syphilide maculaire pigmentaire.

Reste enfin une variété de malades chez lesquelles le diagnostic s'éclaire d'un nouvel élément ; à savoir les femmes qui savent qu'elles ont eu la syphilis pour avoir eu des accidents traités jadis dans des hôpitaux spéciaux, comme Saint-Louis ou Broca.

Chez les malades de ces diverses catégories, à part celles de la dernière, le résultat de la grossesse a été pour ainsi dire invariable ; les accidents obstétricaux sont venus apporter l'affirmation de l'infection spécifique. L'avortement et l'accouchement avant terme se sont produits avec une inflexible régularité. La mère, en pleine syphilis active, a infecté son fœtus par voie sanguine au niveau des connexions vasculaires du placenta.

Les douze femmes enceintes, en puissance d'accidents spécifiques des deux premières périodes ont vu leur grossesse se terminer de la façon suivante :

Avortements.	2
Accouchement avant terme, enfant mort	8

Accouchement à terme, enfant mort.	1
Accouchement à terme, enfant vivant porteur de stig- mates d'hérédo-syphilis précoce	1

Si nous considérons cette majorité d'accouchements avant terme, presque tous vers le septième mois, nous en trouvons l'explication dans ce fait, qu'il s'agit de femmes chez qui, infection et conception coïncident, ou encore de femmes qui ont contracté la syphilis tout au début de leur grossesse. Et, si nous nous rappelons ce que nous avons écrit au chapitre II sur ce sujet, nous voyons que les observations suivantes sont en parfaite concordance avec les données classiques.

« Plus la syphilis arrive tard dans le cours de la grossesse, plus l'enfant a de chances d'échapper à l'infection (1). » Nous allons voir dans l'observation concernant le seul enfant né vivant à terme, que la mère avait été infectée dans le cours de sa grossesse, vers le cinquième mois vraisemblablement. Cet enfant était porteur de pemphigus. On voit donc que l'infection semble être moins nocive pour l'enfant, plus elle survient tard au cours de la grossesse.

« Dans ce cas, dit H. Blaise, il est évident que le produit de la conception est moins atteint, que lorsqu'il a eu à compter, dès l'origine, avec la vérole de sa mère (2). »

1. FOURNIER. *Loco citato*.

2. H. BLAISE. *Th. d'agrégation*, 1883, p. 77.

OBSERVATION III

(Chancrè de la lèvre supérieure).

D... Éliisa, 30 ans, V pare.

D'un premier mari a eu quatre enfants.

Première grossesse, avortement de 6 mois.

Deuxième grossesse, accouchement prématuré à 8 mois, fille vivante. Morte à 8 mois de la coqueluche.

Troisième grossesse, accouchement prématuré à 8 mois 1 2, fille actuellement vivante.

Quatrième grossesse, accouchement à terme. Garçon vivant mort à 8 jours.

Entre à l'hôpital Tenon, salle Colin, le 13 novembre 1905, pour un chancre de la lèvre supérieure.

Il lui est fait trois injections d'huile biiodurée.

Passée à la maternité, le 16 novembre, pour début du travail.

On trouve un chancre induré siégeant sur la lèvre supérieure à gauche, volumineux, entouré d'une zone inflammatoire étendue et d'un léger degré d'œdème de toute la lèvre. Ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires.

Cet accident aurait débuté il y a deux mois. Roséole généralisée. On serait donc en pleine période secondaire, avec persistance de l'accident primitif, aggravé dans sa durée par l'état gravide de la femme.

Cette grossesse est d'un second mari.

Dernières règles du 1^{er} au 5 mai (grossesse de 6 mois). La femme a perçu les mouvements actifs à la fin de septembre. Perception des mouvements actifs et des bruits du cœur.

Expulsion le 14 novembre à 11 heures du soir d'un fœtus

vivant pesant 400 grammes. Mort au bout de quelques minutes.

Délivrance naturelle et complète, *placenta pesant 170 gr.*

Suites de couches apyrétiques. La femme est remise au traitement mercuriel.

OBSERVATION IV

(Chancres indurés de l'anus).

M... Léontine, 23 ans, I père.

A marché à 14 mois, n'a jamais été malade, réglée à 13 ans, bien réglée depuis.

Entre à l'hôpital Tenon, salle Couverchel, le 17 novembre 1905, pour chancre induré de l'anus. Mise au traitement, solution aqueuse de biiodure de mercure en piqûres, puis liqueur de Van Swieten par voie buccale.

Passée à la Maternité le 27 décembre pour début du travail.

Dernières règles du 27 au 30 mars 1905. Grossesse de 8 mois 1/2.

On trouve chez cette femme une roséole discrète occupant la partie supérieure de la poitrine. Condylomes hypertrophiques de la marge de l'anus, ayant pour point de départ le chancre induré. Plaques muqueuses de la vulve. œdème des grandes lèvres. État général peu satisfaisant.

Utérus dépassant l'ombilic d'un travers de main, liquide amniotique en quantité exagérée. Ballotement céphalique au fond de l'utérus, présentation du siège décomplété, mode des fesses.

On perçoit les bruits du cœur.

Le père a abandonné la femme M... il y a trois mois et demi,

époque qui coïnciderait avec celle présumée de l'infection, soit vers le cinquième mois de la grossesse.

Accouchement spontané à 8 mois 1/2, le 27 décembre. Évolution spontanée du fœtus. Sommet en G. A. Garçon vivant pesant 3190 grammes.

Déchirure partielle du périnée due au mauvais état des tissus infiltrés d'œdème.

Délivrance naturelle et complète, *placenta pesant 880 gr.*

L'enfant présente de l'ictère et un développement exagéré de l'abdomen (ascite, foie hypertrophié). Le troisième jour il meurt à la suite d'une hémorragie ombilicale abondante.

Examen des viscères du laboratoire de M. Ménétrier. Artérite et phlébite spécifiques des vaisseaux ombilicaux. Foyers d'hémorragie pulmonaire par artérite oblitérante. Spirochètes dans les vaisseaux pulmonaires oblitérés.

OBSERVATION V

(Syphilides muqueuses vulvaires, et maculeuses pigmentaires du cou).

D... Marie, 18 ans, I pare.

Arrivée à la Maternité à la dilatation complète le 26 mars 1905.

D. R. du 17 au 22 août 1904. Grossesse de 7 mois. Sommet en gauche.

La femme ne perçoit plus les mouvements actifs depuis trois jours. On n'entend pas les bruits du cœur.

La malade reconnaît avoir eu au début de sa grossesse une écorchure au niveau de la fourchette. Cette lésion aurait duré un mois et demi environ.

Elle porte actuellement des plaques muqueuses nombreuses,

hypertrophiées, bourgeonnantes sur les grandes lèvres. Œdème vulvaire considérable. Pléiades ganglionnaires inguinales.

Syphilide pigmentaire du cou.

Expulsion le 26 mars d'un enfant mort et macéré pesant 1480 grammes.

Délivrance naturelle et complète, placenta épais, d'aspect lavé pesant 510 grammes.

Liquide amniotique brun chocolat.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION VI (*Résumée*).

(*Syphilide pigmentaire*).

P... Louise, 29 ans, II pare.

Première grossesse, d'un premier père, accouchement à terme en 1891, enfant-vivant, mort à 3 semaines.

Deuxième grossesse, actuelle, d'un second père. La femme porte au cou une syphilide pigmentaire des plus nettes. On ne constate pas d'autre accident. Aucune notion chez cette femme de l'accident initial.

D. R. 20 au 24 août 1904.

Entrée le 7 avril enceinte de 8 mois 1/2.

On ne perçoit pas les bruits du cœur. Le palper fournit des sensations vagues. Au toucher on arrive sur un sommet mou à travers des membranes intactes. Dilatation presque complète.

Accouchement spontané, le 7 avril 1905, d'un enfant mort et macéré, pesant 1610 grammes, placenta-hypertrophié, 680 gr.

OBSERVATION VII (*Résumée*).

(*Spécificité connue et traitée antérieurement*).

M... Emilie, 26 ans, I pare.

Dit avoir eu la syphilis il y a deux ans, et avoir été soignée à Saint-Louis. Elle ne porte aucun stigmate.

D. R. 30 mai 1904. Au sirop de Gibert depuis le 15 janvier 1905.

Accouchement à terme le 10 mars. Application de forceps pour lenteur du travail. Enfant vivant pesant 4050 grammes, *placenta 630 grammes*.

OBSERVATION VIII

(*Syphilis connue et traitée antérieurement*).

S... Marie, 39 ans, IV pare.

Accident primitif à 23 ans. Traitement par le proto-iodure pendant six mois. Depuis huit ans, elle prend irrégulièrement de l'iodure de potassium.

Première grossesse en 1895. Accouchement prématuré à huit mois, enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse en 1899. Avortement de 4 mois 1/2.

Troisième grossesse en 1902. Avortement de 4 mois 1/2.

Ces trois grossesses sont d'un premier père.

Quatrième grossesse. Actuelle. D. R. du 31 juillet au 4 août 1904. Cette femme porte au cou une syphilide maculeuse pigmentaire, peu marquée.

Soignée dans le service par les injections d'huile bi-iodurée depuis cinq mois. Traitement régulièrement suivi.

Albuminurie légère.

Accouchement près du terme le 21 mars 1905 d'un enfant vivant pesant 3400 grammes.

Délivrance naturelle et complète, *placenta pâle, pesant 440 grammes.*

Enfant sorti vivant le dixième jour.

OBSERVATION IX (*Résumée*).

(*Spécificité reconnue et traitée*).

M... Henriette, 18 ans, I pare.

Syphilis contractée en novembre 1904. Diagnostiquée et soignée à Saint-Louis. Traitement irrégulièrement suivi depuis cette époque.

D. R. du 12 au 16 juillet 1904. Accouchement le 21 mars 1905 à 8 mois. Enfant mort.

Début de macération, larges phlyctènes au niveau des pieds et des mains. Développement exagéré de l'abdomen. Ascite, foie hypertrophié. Poids 2800 grammes, *placenta 500 grammes.*

OBSERVATION X (*Résumée*).

(*Roséole*).

M... Louise, 20 ans, II pare.

Première grossesse il y a quatre ans. Accouchement à terme d'un enfant vivant. Mort à quinze jours de broncho-pneumonie ?

Deuxième grossesse : Actuelle. D. R. 15-20 septembre 1904. Entrée à la Maternité, en travail, le 24 mars 1905. Grossesse de 6 mois 1/2. Roséole discrète, quelques plaques muqueuses de la face interne des joues. Accident primitif ignoré.

Excès de liquide amniotique.

Accouchement prématuré, à 6 mois 1/2, le 24 mars, fœtus mort; poids: 1.370 grammes; *placenta* : 350 grammes.

OBSERVATION XI (*Résumée*).

(*Syphilide pigmentaire du cou*).

T... Marie, 28 ans, V pare.

Deux grossesses, à terme, enfants vivants, d'un premier père.

D'un deuxième père, un avortement de 4 mois, un accouchement prématuré de 8 mois, enfant mort et macéré.

Cinquième grossesse : Actuelle. D. R. 28 décembre 1905. Syphilide pigmentaire du cou, pas d'autres stigmates. Enfant mort lors de l'entrée à la Maternité le 22 avril 1900.

Avortement provoqué le 27 avril, à l'aide du gros ballon de M. Boissard. Expulsion le 28 d'un embryon macéré pesant 270 grammes; *placenta* 270 grammes.

OBSERVATION XII (*résumée*).

(*Plaques muqueuses vulvaires, syphilides pigmentaires*).

B... Marguerite, 16 ans, I pare. Entrée le 6 juillet. Accident primitif ignoré, devant remonter au début de la grossesse.

Plaques muqueuses de la bouche. Adénopathie cervicale et sous-maxillaire. Alopecie partielle. Plaques muqueuses vulvaires, nombreuses et volumineuses. Œdème des grandes lèvres. État général mauvais.

D. R. inconnues. A son entrée à la Maternité l'utérus atteint les fausses côtes, par suite de l'excès de liquide amniotique. Le palper ne fournit que des sensations vagues et indéterminées. Défaut de réactions fœtales. Diagnostic posé d'enfant mort.

Application du gros ballon de M. Boissard le 6 juillet.

Expulsion le 7, au terme supposé de 7 mois 1/2, d'un fœtus mort et macéré pesant 1.420 grammes. Placenta énorme, épais, mou, parcouru de sillons profonds, *pesant 1.330 grammes.*

OBSERVATION XIII (*Résumée*).

(Syphilis connue antérieurement. Pigmentaire).

D... Clotilde, 21 ans, I pare.

Syphilis diagnostiquée il y a trois ans et traitée à Saint-Louis. Au traitement depuis le cinquième mois de sa grossesse.

Syphilide maculeuse pigmentaire du cou.

Entrée à la Maternité le 21 août dans le coma éclamptique. Grossesse de 8 mois?

Mise en place de l'écarteur Tarnier le 11 août à 7 heures du soir. Application de forceps le 12 août à 8 heures du matin. Extraction d'une fille vivante pesant 2.350 grammes, ne présentant pas de lésions spécifiques.

Placenta : 370 grammes.

La mère et l'enfant quittent l'hôpital le quatorzième jour, en bonne santé.

OBSERVATION XIV (*Résumée*).

(*Spécificité connue et traitée antérieurement*).

V... Françoise, 23 ans, II pare.

Aurait été soignée, il y a deux ans, à Broca, pour syphilis. Ne porte pas de stigmates.

Premier accouchement, en 1903 (avant la syphilis) à terme d'un enfant vivant.

Deuxième grossesse : Actuelle. Accouchement le 8 novembre 1905 à 8 mois 1/2 d'un enfant vivant pesant 3.810 grammes, d'apparence sain : *placenta* : 730 grammes.

OBSERVATION XV (*Résumée*).

(*Spécificité connue et traitée antérieurement*).

N... Geneviève, 36 ans, II pare.

Spécificité soignée à Saint-Louis, il y a trois ans.

Première grossesse en 1904, d'un premier père. Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse : Actuelle. D. R. 25 août. Avortement le 30 novembre (3 mois 1/2).

OBSERVATION XVI (*Résumée*).

(*Plaques muqueuses vulvaires*).

B... Marie, 23 ans, I pare.

Entrée à la Maternité le 4 janvier, pour début du travail.

Portant des plaques muqueuses vulvaires et de l'œdème des grandes lèvres, pléiades ganglionnaires inguinales.

D. R. 5 mai 1905. Accouchement prématuré à 8 mois, le 4 janvier 1906, d'une fille vivante pesant 2.100 grammes, présentant du pemphigus de la plante des pieds et de la paume des mains.

Placenta pesant 460 grammes. Enfant mis au traitement, sorti le septième jour pesant 1950 grammes.

OBSERVATION XVII

(Plaques muqueuses vulvaires et buccales).

E... Marthe, 19 ans, 1^{er} pare.

D. R. 9-12 juin 1905. Entrée le 27 février 1906 pour début du travail. Grossesse de 8 mois.

Cette femme porte au niveau de la fourchette la cicatrice d'un chancre induré, connu d'elle il y a deux mois. La syphilis aurait été contractée vers le cinquième mois de la grossesse. Elle présente actuellement des plaques muqueuses vulvaires hypertrophiées et de l'œdème de la vulve, ainsi que des plaques muqueuses buccales.

L'utérus atteint les fausses côtes. Hydramnios. Présentation du siège complet en S. I. G. A.

On ne perçoit pas les bruits du cœur.

Expulsion le 27 février, d'une fille morte pesant 2.580 grammes présentant un développement exagéré de l'abdomen dû à l'ascite et à l'hypertrophie du foie.

Liquide amniotique : 4 litres, rosé. Placenta épais, mou, présentant des sillons séparés et profonds ; *poids* : 520 grammes.

OBSERVATION XVIII (*Résumée*).

(*Syphilis connue et traitée antérieurement*).

P... Louise, 26 ans, III pare. Même père pour les trois grossesses.

A eu, il y a cinq ans un chancre induré siégeant au niveau de la commissure labiale droite, puis des plaques muqueuses buccales.

A été traitée pendant trois ans.

Première grossesse en 1901. Accouchement prématuré à 7 mois enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse 1903. Accouchement prématuré, 7 mois 1/2, enfant mort et macéré.

Troisième grossesse : Actuelle. D. R., 2 septembre 1904.

Accouchement le 26 mai 1905, à 8 mois, garçon vivant pesant 2.370 grammes, *placenta* : 410 grammes.

Enfant parti en bon état le onzième jour.

Comme on peut le voir par cette série d'observations, l'accouchement prématuré d'enfants morts et macérés est venu confirmer le diagnostic de syphilis déjà porté. On remarque en outre, par l'évolution des accidents de contagion, que l'infection coïncide sensiblement, pour les primipares du moins, avec l'époque de la fécondation, circonstance qui constitue pour le fœtus l'indice de nocivité le plus élevé. Les femmes M... (Obs. IV) et E... (Obs. XVII) semblent avoir été contaminées vers le cinquième mois de leur grossesse. Elles ont accouché très près du terme, l'une d'un enfant vivant,

mais porteur de lésions de syphilis héréditaire précoce, l'autre, d'un enfant mort tout récemment.

Nous n'avons, malheureusement, pas eu l'occasion d'observer les femmes contaminées à la fin de leur grossesse.

Ces observations montrent avec quelle inflexibilité, une syphilis de contagion récente frappe de mort les fœtus. Elles montrent aussi le rôle prépondérant joué par l'influence de la syphilis maternelle et combien peu de fœtus échappent à son action.

D'ailleurs, si on s'en rapporte aux statistiques établies par les auteurs pour montrer le pourcentage des accouchements avant terme chez les femmes syphilitiques, on ne sera pas surpris des résultats fournis par nos observations. Si on consulte le tableau dressé par Blaise (1), des chiffres trouvés par les différents auteurs, on remarque que ce pourcentage varie entre 61 0/0, chiffre maximum (Diday) et 17,5 0/0, chiffre minimum (Weber), d'où le chiffre moyen trouvé par M. Fournier de 47 0/0.

Les dix-huit cas de syphilis maternelle diagnostiquée par la présence de lésions ou par la notion de syphilis antérieurement acquise, nous donnent dix expulsions avant le terme normal, soit 55,5 0/0.

En présence de ces faits et de ces chiffres, on peut présumer, dès maintenant, toute l'importance diagnostique que nous pourrions attacher ultérieurement à l'accouchement prématuré de fœtus morts et macérés.

1. H. BLAISE. *Th. d'agrég.*, 1883, p. 88.

CHAPITRE VI

AVORTEMENTS A RÉPÉTITION. ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS DE FŒTUS MORTS ET MACÉRÉS

Nous venons de passer en revue les cas les plus simples, mais aussi les plus rares, qui se soient présentés dans le courant de l'année à la maternité de l'hôpital Tenon. Nous avons vu pour quelles raisons sociales et pathologiques la syphilis échappe à l'observation, chez les femmes enceintes, dans le milieu hospitalier. Nous allons nous trouver dès lors, en face de cas plus complexes où le diagnostic ne sera possible que grâce à la connaissance des caractères particuliers imprimés par la syphilis à la gestation.

Il ne s'agira plus seulement de faire un diagnostic de chancre induré ou de syphilides muqueuses, qui, pour être parfois délicat, n'en est pas moins assez aisé auprès du diagnostic des cas qui n'empruntent qu'à la gestation, leurs éléments.

Nous n'avons eu affaire, jusqu'à présent, qu'à une syphilis transmise par le père à la mère et par la mère

au fœtus, nous allons nous trouver, dans bien des cas, en présence d'une syphilis transmise par le fœtus à sa mère, la syphilis par conception. Cette forme semble épargner l'organisme maternel, en ce sens que ce dernier ne réagit pas d'une façon visible ; mais elle se manifeste justement par l'incapacité qui résulte pour la mère de donner le jour à des enfants vivants, viables ou sains, après une première imprégnation infectante.

Donc, dans le cas présent, nous allons passer en revue des femmes chez qui on ne décèle aucun stigmate cutané ou muqueux propre à la syphilis, chez lesquelles la notion de la maladie est inconnue tant pour elles-mêmes que pour leur mari. Ce sera donc de l'évolution de leurs grossesses antérieures (expulsions avant terme) des modifications pathologiques survenant au cours de leur grossesse actuelle (hydramnios), de l'état de santé de leurs enfants nés auparavant ou sous nos yeux, que nous tirerons les éléments du diagnostic.

Reconnu séparément, chacun des symptômes relevant de ces trois catégories de faits peut, dans certains cas, suffire à poser le diagnostic ; mais souvent plusieurs de ces symptômes coexistent chez la même femme, et chacun venant confirmer l'autre, leur ensemble constitue un faisceau de preuves irréfutables.

Examinons en premier lieu, les cas où la syphilis apporte à l'évolution de la grossesse les modifications qui lui sont propres. Nous avons vu, précédemment, que la manifestation la plus habituelle de l'hérédité syphilitique est « l'inaptitude vitale » du fœtus. Celle-ci se

traduit cliniquement par les avortements et les accouchements avant terme, avec une telle fréquence que la syphilis est regardée comme une des principales, sinon la principale, des causes de la « mort habituelle du fœtus ». C'est d'ailleurs ce que disent Tarnier et M. Budin dans leur traité (1) : « Les affections constitutionnelles ou diathésiques des parents doivent être plus spécialement invoquées. La syphilis de l'un des deux conjoints est la maladie qu'il faut le plus fréquemment accuser. » Mais même en présence d'avortements répétés, il faut, avant de porter un diagnostic aussi sérieux que celui de syphilis, s'efforcer d'éliminer toute cause d'erreur. On doit rechercher dans les antécédents de la femme, s'il n'existe pas d'état diathésique ou d'intoxication susceptibles de provoquer la mort du fœtus ; chercher si elle n'est pas atteinte d'affection chronique de l'utérus ; si elle ne présente pas enfin de malformations ou de déviations de la matrice, incompatibles avec le développement normal de la grossesse.

Parmi les maladies générales chroniques pouvant provoquer la mort habituelle du fœtus, il faut citer la tuberculose, qui, au point de vue du diagnostic différentiel avec la syphilis, ne présente pas d'obstacle sérieux. Il est, en effet, presque toujours possible de retrouver chez la femme le souvenir de bronchites répétées ou de découvrir chez elle des signes pulmonaires et pleuraux. Ceux-ci, atténués durant la grossesse,

1. TARNIER et BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, t. II, chap. XIX, Paris, 1888.

subiront après l'expulsion du produit de la conception une poussée aiguë qui viendra rendre compte de l'incapacité vitale du fœtus.

Au nombre des intoxications qu'on a coutume de ranger parmi les causes provocatrices de l'avortement ou de l'accouchement prématuré il est bon de rappeler l'impaludisme et le saturnisme. L'impaludisme se révélera par les antécédents de la malade et par les accès de fièvre intermittente dont on peut être le témoin, d'autant mieux que la grossesse réveille ces accès (Barnes, Pinard, Bonfils), sans leur donner d'ailleurs une physionomie particulière.

Le saturnisme, au contraire, par son influence fâcheuse sur la gestation, se rapproche beaucoup plus de la syphilis. Comme elle, l'intoxication plombique paternelle influe fâcheusement sur le fœtus, et lorsque les deux influences paternelle et maternelle se combinent, on assiste à une série d'avortements et d'accouchements prématurés d'enfants morts. C'est dans ce cas qu'il faut interroger avec soin la malade sur sa profession et sur celle de son mari ; rechercher dans ses antécédents s'il n'existe pas de coliques de plomb, ni de paralysies ; examiner enfin tous les organes pour y dépister la trace de l'intoxication saturnine. On pourra encore, en cas de doute persistant, instituer l'épreuve du traitement mercuriel, qui, en cas de saturnisme, restera négative.

Aux intoxications de cause externe, il faut joindre les auto-intoxications gravidiques, pour les éliminer au cours du diagnostic étiologique des avortements. L'hé-

pato-toxémie, avec insuffisance rénale, se traduisant par l'albuminurie et les accès éclamptiques suivis de tant d'accouchements prématurés, ne pourra donner le change si on examine systématiquement les urines au point de vue de l'albumine. De plus les femmes qui ont eu des accès d'éclampsie au cours de leur précédentes grossesses, savent parfaitement qu'elles ont eu des crises et ne manquent pas d'en informer le médecin appelé à les examiner de nouveau.

Les causes locales qui peuvent devenir causes d'avortement sont: la métrite chronique, la rétroversion utérine et les malformations congénitales de la matrice.

Le cortège symptomatique qui accompagne chacune de ces affections, ainsi qu'un examen méticuleux, permettront de les repousser.

Il nous faut enfin mentionner une prédisposition particulière à certaines femmes et communes aux femelles animales : l'*habitude d'avorter*. On sait, en effet, qu'un premier avortement devient une cause prédisposante à des avortements ultérieurs. La cause du premier avortement échappe presque fatalement. Si l'on songe à la syphilis et si on institue le traitement mercuriel, celui-ci demeure infructueux. Faut-il, pour cela repousser complètement l'idée de syphilis? Non, car selon Diday, l'habitude prise après un premier avortement d'origine syphilitique pourrait persister malgré tous les efforts de traitement.

Nous avons dit au chapitre II qu'un des caractères de l'avortement dû à la syphilis, était l'expulsion d'un produit mort. Quand il s'agit d'accouchement préma-

turé, la date de la mort du fœtus peut être plus ou moins récente.

Si la mort ne remonte qu'à quelques heures, le fœtus peut ne présenter à première vue, aucun aspect particulier. Mais si la mort est plus ancienne, le fœtus sera dans un état de macération plus ou moins avancé. La macération n'est pas un caractère qui appartienne en propre au fœtus syphilitique, mort *in utero*. Cependant elle tire une valeur diagnostique importante de son extrême constance en cas de syphilis déjà diagnostiquée et de la rapidité avec laquelle elle apparaît.

Pour tout fœtus, dont la mort relève d'une autre cause que la syphilis, la macération n'apparaît qu'à partir du deuxième jour, sous l'aspect d'une décoloration des tissus et d'une imbibition légère du cordon. Chez le fœtus syphilitique, au contraire, le début de la macération est immédiat. Nous avons même vu un fœtus expulsé vivant, au huitième mois, dont les tissus présenteraient une imbibition caractéristique et dont l'épiderme desquamait en larges lambeaux au moindre contact, laissant au-dessous de lui des surfaces rouge vif. Sans être toujours aussi précoce, la macération commence en général dans les quelques heures qui suivent la mort du fœtus. Aussi constate-t-on assez souvent l'existence de larges bulles soulevant l'épiderme qui simulent le pemphigus. Ces bulles se crèvent facilement, laissant écouler une sérosité louche. L'épiderme se détache alors en larges lambeaux laissant apparaître au-dessous de lui, le derme à nu, rouge vif ou rouge-

bleuâtre, qui donnent au fœtus l'aspect *sanguinolent* dont parle Ruge.

Ces phlyctènes ont été considérées par certains auteurs, et Sentex (1), en particulier, comme propres au fœtus syphilitique.

Sans préjuger des causes de la mort et de la macération, voici la description que donne M. le professeur Pinard, du fœtus mort et macéré : « Le corps du fœtus semble ramolli et s'affaisse sur lui-même ou plutôt il s'étale. Tous les tissus sont infiltrés, imbibés par une sérosité rougeâtre qui les a teint en rouge-brun plus ou moins foncé... La peau est également brunâtre, rouge ou parcheminée, tantôt couverte de phlyctènes, tantôt dépouillée de son épiderme. La tête est plus ou moins déformée ; les os du crâne chevauchant les uns sur les autres, sont quelquefois complètement dis-joints. Le ventre aplati, élargi est déjeté latéralement.

Le thorax a perdu sa voussure normale (2). »

En même temps que le fœtus, les annexes subissent des modifications variables. Le placenta peut ne pas paraître modifié ; d'autres fois il subit la même imbibition que le fœtus ; il est alors volumineux, épaissi, d'un blanc rosé ; il semble œdématié et son poids en est considérablement augmenté.

L'amnios, si le fœtus est mort depuis un certain temps peut revêtir une coloration verdâtre ; le plus

1. SENTEX. *Mémoire de Paris*, 1868.

2. PINARD. Cité par RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE, in *Précis d'Obstétrique*.

souvent sa couleur, ainsi que celle de la caduque et du chorion est grise, rosée. Quant au liquide amniotique sa coloration varie ; « il peut être verdâtre si le fœtus est mort depuis peu de temps ; il peut avoir une teinte rosée lorsque la mort est plus ancienne (1). »

Le fœtus macéré n'a pas d'odeur nauséabonde, mais une odeur fade, désagréable, écœurante.

Si on ouvre le fœtus macéré on constate une imbibition sanguinolente généralisée de tous les viscères.

Lorsque la macération est déjà avancée, les éléments épithéliaux de ceux-ci se gonflent et subissent la dégénérescence graisseuse ; quant aux éléments du stroma des viscères, ils présentent la dégénérescence granuleuse.

Mais ces altérations, tant microscopiques que macroscopiques, ne se produisent que progressivement, ainsi que l'ont montré les recherches de Ruge, Lempereur et Sentex ; aussi n'est-ce qu'approximativement qu'on peut par l'examen d'un macéré déterminer à quelle époque remonte la mort. Car, outre la rapidité avec laquelle se fait la macération du fœtus syphilitique, la mort a lieu le plus souvent sans bruit. Elle n'est précédée ni de douleurs abdominales, ni de malaise général, ni de rien qui puisse annoncer à la mère la souffrance de son enfant.

Ce qui l'éclaire parfois c'est qu'elle ne sent plus remuer encore peut-elle être induite en erreur par une

1. TARNIER ET BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, huitième section, chapitre XIX, p. 377.

fausse sensation de ballottement, qui résulte de mouvements passifs qu'elle imprime elle-même à son fœtus devenu inerte. C'est à l'accoucheur de faire le diagnostic de la mort de l'enfant.

Il ne perçoit plus les bruits du cœur, ni les mouvements actifs. Le palper lui donne des sensations qui deviennent de moins en moins nettes ; c'est une sensation de mollesse générale qui empêche parfois de distinguer les pôles du fœtus. Enfin si la mort remonte déjà à un certain temps il peut percevoir la crépitation des os du crâne.

Après ce rapide exposé de la macération du fœtus, nous allons donner une série d'observations, concernant les cas d'avortements à répétition et d'accouchements prématurés chez des femmes n'ayant jamais présenté d'autres accidents syphilitiques.

Parmi ces observations on pourra en remarquer concernant des cas d'alternances de l'hérédité syphilitique ; de ce phénomène qui fait que la naissance d'un enfant sain soit à la fois précédée et suivie d'avortements ou de la naissance d'enfants présentant des stigmates d'hérédo-syphilis.

Nous verrons également des cas où la loi de décroissance est mise en défaut.

OBSERVATION XIX

(Avortements à répétition).

F... Jeanne, II pare, 18 ans. Même père pour les deux grossesses.

On ne dénote aucun antécédent, ni aucun stigmaté de syphilis.

Première grossesse. Avortement de six mois. Fœtus mort et macéré.

Deuxième grossesse : Actuelle. D. R. 28 août 1905.

Apparition des mouvements actifs en décembre.

Entrée à la Maternité, le 20 mars, parce qu'elle ne sent plus remuer depuis cinq jours.

Grossesse de sept mois. On n'entend plus les bruits du cœur ; au fond de l'utérus, crépitation de la tête. Dilatation comme cinq francs. Rupture accidentelle des membranes pendant un toucher. Petits pieds dans le vagin.

Expulsion, le 21 mars 1906, d'un fœtus mort et macéré. Macération avancée, déformation de la tête et du thorax. Ventre étalé.

Poids : 1990 grammes. *Placenta infiltré : 580 grammes.*

OBSERVATION XX

S... Léonie, 28 ans, VII pare. Toutes les grossesses sont du même père.

Aucun antécédent, aucun stigmaté de spécificité.

Cinq accouchements près du terme d'enfants vivants, nourris au sein, quatre sont morts en bas âge.

Sixième grossesse en 1904. Accouchement prématuré à sept mois. Fœtus mort et macéré.

Septième grossesse. Actuelle. D. R. 14-18 juin 1905.

Entrée le 4 novembre, parce qu'elle ne sent plus remuer depuis cinq jours (grossesse de cinq mois et demi).

L'utérus dépasse l'ombilic de trois travers de doigt. Sensa-

tion de mollesse, défaut de réactions fœtales, ni bruits du cœur, ni mouvements actifs. Diagnostic d'enfant mort.

Le 1^{er} décembre. — Avortement provoqué par l'application d'un petit ballon de M. Boissard.

Expulsion d'un fœtus mort et macéré pesant 1150 grammes.
Placenta blanchâtre lavé: 390 grammes.

OBSERVATION XXI (*Résumée*).

W... Louise, 24 ans, II pare. Même père.

Pas d'accidents spécifiques connus. Cependant on trouve quelques ganglions inguinaux et cervicaux indurés.

Femme restée cinq ans sans enfants.

Première grossesse en 1904. Accouchement prématuré à sept mois d'un enfant présentant un début de macération (larges phlyctènes, imbibition du cordon). Ayant vécu une demi-heure.

Deuxième grossesse : Actuelle. D. R. 15-20 juin 1905.

Entrée pour début du travail le 22 janvier 1906. Grossesse de sept mois. Ne sent plus remuer depuis un mois.

Expulsion quelques heures après d'une fille morte. Macération avancée. Poids : 2.660 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Les membranes sont gris rosé. Liquide sanguinolent. *Placenta de 400 grammes.*

OBSERVATION XXII (*Résumée*).

T... Anna, 25 ans, III pare. Du même père.

Aucun stigmate de spécificité. La femme dit avoir toujours été bien portante.

Première grossesse à 22 ans. Avortement de six mois.

Deuxième grossesse à 24 ans. Avortement de quatre mois.

Troisième grossesse : Actuelle. D. R. 31 décembre 1904.

Entrée le 21 août 1905 pour début du travail. Grossesse de six mois et demi pour début du travail. Ne sent plus remuer depuis quatre jours.

Dilatation comme cinq francs. Poche des eaux en bissac.

Accouchement prématuré le 21 août 1905.

Garçon mort. Début de macération, desquamation des membres sur toute leur longueur.

Poids : 930 grammes. *Placenta : 280 grammes.*

OBSERVATION XXIII (*Résumée*).

D .. Blanche, 29 ans, III pare. Toutes les grossesses sont du même père.

Aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse en 1903. Avortement de 3 mois.

Deuxième grossesse en 1904. Accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort et macéré.

Troisième grossesse : Actuelle. D. R. 8-12 avril 1905.

Accouchement prématuré à huit mois, le 16 décembre, d'une fille vivante pesant 2.250 grammes.

Placenta : 500 grammes.

Enfant parti le quatrième jour vivant.

OBSERVATION XIV (*Résumée*).

T... Fernande, 33 ans, III pare ; la première grossesse est d'un premier père. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse, en 1898. Accouchement à terme fille vivante.

Deuxième grossesse en 1903, d'un second père. Accouchement prématuré 7 mois 1/2. Enfant mort et macéré.

Troisième grossesse, actuelle. Accouchement prématuré à 7 mois, garçon mort et macéré pesant : 2010 grammes, *placenta* : 540 grammes; liquide amniotique brun chocolat.

OBSERVATION XXV (*Résumée*).

(*Exception à la loi de décroissance*).

F... Gabrielle, 32 ans, XI pare. Aucun stigmate de spécificité, la femme dit avoir toujours été bien portante.

Six grossesses d'un premier père. Six accouchements à terme d'enfants vivants.

Du deuxième père, septième grossesse, avortement de six semaines.

Huitième grossesse, accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort et macéré.

Neuvième grossesse, avortement de 2 mois.

Dixième grossesse, avortement de 4 mois.

Onzième grossesse, avortement de 2 mois.

OBSERVATION XXVI (*Résumée*).

D... Marie, 37 ans, III pare. Même père. Pas de stigmates de syphilis. Rien dans les antécédents.

Première grossesse, avortement de 2 mois.

Deuxième grossesse, avortement de 4 mois 1/2.

Troisième grossesse, actuelle, avortement de 4 mois 1/2, fœtus pesant 440 grammes, *placenta* : 210 grammes.

OBSERVATION XXVII (*Résumée*).

P... Élisabeth, 29 ans, IV pare. Toutes les grossesses sont du même père. On ne relève pas traces de syphilis.

Première grossesse, avortement de 5 mois.

Deuxième grossesse, accouchement prématuré de 7 mois, enfant mort pendant le travail.

Troisième grossesse. Accouchement prématuré de 8 mois, enfant ayant vécu deux jours.

Quatrième grossesse actuelle. Accouchement prématuré à 7 mois, enfant vivant, pesant 1450 grammes, présentant un développement exagéré de l'abdomen. Mort deux jours après, *placenta* : 430 grammes.

OBSERVATION XXVIII (*Résumée*).

C... Ernestine, 22 ans, III pare. Toutes les grossesses sont du même père. Pas de stigmates de spécificité.

Première grossesse, accouchement de 2 mois.

Deuxième grossesse, avortement de 4 mois.

Troisième grossesse, actuelle. Avortement de 4 mois 1/2 d'un embryon macéré de 280 grammes ; *placenta* : 110 grammes.

OBSERVATION XXIX (*Résumée*).

C... Berthe, 23 ans, II pare ; les deux grossesses sont du même père.

Première grossesse en 1903. Avortement de 5 mois.

Deuxième grossesse actuelle. Accouchement prématuré à 7 mois. Accouchée en ville, d'un enfant mort et macéré. Délivrée à la Maternité, placenta *pesant 320 grammes*.

OBSERVATION XXX (*Résumée*).

L... Lisette, 27 ans, III pare. Toutes les grossesses sont du même père. Pas de stigmates de syphilis décélables.

Première grossesse, accouchement à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse, avortement de 4 mois 1/2.

Troisième grossesse, actuelle. Avortement de 3 mois.

OBSERVATION XXXI (*Résumée*).

A... Rosa, 41 ans, VI pare. Toutes les grossesses sont du même père ; aucun stigmate de spécificité.

Trois grossesses à terme, enfants morts en bas âge.

Quatrième grossesse, avortement de 3 mois.

Cinquième grossesse, avortement de 4 mois.

Sixième grossesse, actuelle. Avortement de 4 mois.

OBSERVATION XXXII (*Résumée*).

P... Marguerite, 22 ans, II pare. Ces deux grossesses sont du même père. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse. Avortement de 6 mois, fœtus mort et macéré.

Deuxième grossesse actuelle, avortement de 6 mois ; fille morte et macérée, pesant 1380 grammes ; placenta : 350 grammes.

OBSERVATION XXXIII

(Exception à la loi de décroissance),

M... Julie, 28 ans, VII pare, toutes les grossesses sont du même père. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse, accouchement à terme d'un enfant vivant. Mort le quinzième jour.

Deuxième et troisième grossesses, accouchements prématurés à 7 mois de fœtus morts et macérés,

Quatrième, cinquième et sixième grossesses. Avortements de cinq mois.

Septième grossesse actuelle. Avortement de cinq mois.

OBSERVATION XXXIV

G... Marie, 30 ans, XI pare. Toutes les grossesses sont du même père ; pas de stigmates de spécificité décelables. Les six premières grossesses se terminent par des accouchements à terme d'enfants vivants, dont trois sont morts en bas âge.

Septième grossesse. Avortement de cinq mois.

Huitième, neuvième et dixième grossesses : accouchements prématurés à sept mois d'enfants morts et macérés.

Onzième grossesse, actuelle. Accouchement prématuré à huit mois et demi. Enfant mort et macéré pesant 2.300 grammes.
Placenta : 470 grammes.

OBSERVATION XXXV

(Exception à la loi de décroissance).

L... Henriette, 34 ans, VI pare. Toutes les grossesses sont du même père. Cette femme n'a jamais été malade ; on ne retrouve sur elle aucun symptôme de syphilis ancienne.

Première grossesse en 1892 : accouchement à terme d'une fille vivante, actuellement bien portante.

Deuxième grossesse en 1898 : accouchement prématuré à huit mois d'une fille vivante, morte le treizième jour.

Troisième grossesse en 1900 : accouchement prématuré à sept mois d'une fille vivante, morte le onzième jour.

Quatrième grossesse en 1901 : accouchement prématuré à sept mois d'un fœtus mort et macéré.

Cinquième grossesse en 1903 : accouchement prématuré à sept mois d'un fœtus mort et macéré.

Sixième grossesse actuelle. D. R. 29 mars 1905. Accouchement à terme, le 5 janvier 1906, d'un enfant vivant pesant 3.660 grammes. Excès de liquide amniotique. Placenta : 540 grammes.

Enfant parti le onzième jour, pesant 3.245 grammes.

OBSERVATION XXXVI (*Résumée*).

(Alternances héréditaires).

B... Angèle, 31 ans, IV pare ; tous les enfants sont du même père ; aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse en 1900 : accouchement près du terme d'un enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse en 1901 : accouchement à terme d'un enfant vivant.

Troisième grossesse en 1903 : accouchement à terme d'un enfant vivant.

Quatrième grossesse actuelle : avortement de deux mois le 31 décembre.

OBSERVATION XXXVII (*Résumée*).

L... Rosalie, 34 ans, V pare. Toutes les grossesses sont du même père. Aucun antécédent syphilitique.

Première grossesse : avortement de deux mois et demi.

Deuxième grossesse : accouchement près du terme d'un enfant vivant, mort le dixième jour.

Troisième grossesse : accouchement à terme d'un enfant vivant porteur d'un pied bot (gauche).

Quatrième grossesse : avortement de quatre mois et demi.

Cinquième grossesse actuelle : D. R. 25-29 mars 1905.

Hydropisie de l'amnios. Accouchement à terme le 6 février 1906 d'un enfant vivant pesant 3.600 grammes. Placenta : 560 grammes.

Enfant parti le sixième jour, pesant 2.550 grammes.

Voir en outre les observations XLII, XLIII, XLIV, XLV et XLVI.

CHAPITRE VII

HYDROPIE DE L'AMNIOE

Nous venons de voir la grossesse modifiée dans son évolution, voyons maintenant quels caractères pathologiques la syphilis peut donner à l'aspect même de la grossesse.

Aux nombres des complications de la grossesse qui doivent faire songer à la syphilis, il faut citer l'hydramnios. L'hydramnios, comme l'ont fort bien démontré Tarnier et M. Budin, ne doit pas être considérée comme une maladie spéciale mais comme un phénomène morbide commun à diverses affections de la mère et du fœtus. Or ces mêmes auteurs, au nombre des facteurs étiologiques susceptibles de déterminer ce syndrome, rangent, à côté des malformations fœtales et de la grossesse gémellaire, la syphilis du fœtus, du placenta et des membranes.

De son côté, M. P. Bar, qui a étudié tout spécialement la pathogénie de l'hydramnios, établit les rapports qui existent entre la syphilis et ce phénomène

morbide, « rapports qui jusqu'alors, dit-il, ont été plutôt présumés que démontrés ». Pour lui cette complication semble faire défaut chaque fois que la syphilis maternelle est de contagion récente, et il n'a jamais rencontré de lésions viscérales chez les fœtus issus de femmes récemment syphilitisées. Par contre, dans tous les cas, où M. Bar a noté l'hydropisie de l'amnios, l'autopsie du fœtus a montré l'existence de lésions viscérales ; car celles-ci « avaient pour effet d'amener une stase dans la veine ombilicale et par suite l'hydramnios (1) ».

Or de toutes les causes capables de produire des troubles de la circulation dans la veine ombilicale et par suite l'hydramnios, la syphilis viscérale est la plus fréquente. « Aussi, dit M. Bar, quand nous voyons une femme syphilitique être atteinte d'hydramnios pendant la grossesse, nous devons porter un pronostic défavorable pour l'enfant, surtout si nous voyons cette complication se montrer rapidement, vers les quatrième, cinquième et sixième mois, c'est-à-dire au moment où les lésions viscérales du fœtus sont le plus souvent en pleine évolution (2). »

L'hydramnios chez les syphilitiques, présente-t-elle au point de vue clinique des caractères particuliers ? On admet que si cette complication, se développe rapidement vers le milieu d'une grossesse paraissant jus-

1. PAUL BAR. Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios. *Th. Paris*, 1881, p. 178.

2. *Ibid.*

qu'alors normale, il faut songer à la syphilis, même en l'absence de tout autre symptôme (Bar). Sur ce point, cependant, les avis diffèrent ; et il semblerait qu'on ne doive pas attacher à ce symptôme une importance capitale dans l'établissement du diagnostic de syphilis.

Mais les observations que nous avons recueillies à la maternité de l'hôpital Tenon semblent nous autoriser à attribuer à ce phénomène une valeur diagnostique plus grande que celle attribuée jusqu'alors.

Nous y voyons en effet, des femmes, en puissance d'accidents secondaires, c'est-à-dire infectées récemment (obs. II, IV, IX, X, XII et XVII) présenter une exagération du liquide amniotique très notable. Dans trois de ces observations (Obs. IV, IX, et XVII), les fœtus expulsés portent des lésions viscérales.

Le fœtus de l'observation IV expulsé vivant à 8 mois 1/2, mort au bout de trois jours à la suite d'hémorragie ombilicale, a de l'ascite de l'ictère et de l'hypertrophie du foie. Celui de l'observation IX (terme de 8 mois 1/2), porte des lésions cutanées et de l'ascite. Enfin le fœtus de l'observation XVII présente de l'ascite et de l'hypertrophie du foie. Ictère, ascite et hypertrophie, ces trois symptômes sont pathognomoniques de la lésion hépatique, entraînant la gêne de la circulation dans la veine ombilicale et l'hydramnios de la mère.

Voici donc trois femmes atteintes de lésions des première et deuxième périodes, qui ont de l'hydramnios et dont les fœtus portent des lésions viscérales syphilitiques.

Nous allons voir, d'autre part, des multipares, ayant fait auparavant des avortements ou des accouchements prématurés de fœtus morts et macérés, symptômes déjà suffisants pour soupçonner, sinon affirmer, la syphilis, qui se présentent enceintes de nouveau, et ces nouvelles grossesses sont compliquées d'hydramnios.

En présence de cette fréquence de l'hydramnios dans des cas où la syphilis ne laisse aucun doute sur son existence, n'est-on pas en droit de soupçonner la spécificité, chez des primipares, qui ne présentent aucun stigmat, mais dont la grossesse se complique d'hydramnios ?

D'ailleurs les événements viennent effacer tous les doutes, la grossesse de ces primipares se termine par un accouchement prématuré, par l'expulsion d'un macéré, et d'un placenta hypertrophié. Autant de symptômes qui viennent confirmer le premier diagnostic.

L'hydramnios se caractérise par des signes cliniques que nous allons rappeler brièvement. Ce sont, tout d'abord, des troubles fonctionnels qui varient non seulement avec la quantité de liquide, mais encore avec la rapidité de son développement. Ils se traduisent par des douleurs irradiant vers les cuisses et les lombes ; par une gêne de la respiration et une entrave à la circulation périphérique, d'où résultent de la dyspnée d'une part, et, d'autre part, des œdèmes des membres inférieurs.

Les signes physiques dépendant de l'hydramnios se caractérisent par un développement exagéré de l'abdomen, hors de proportion avec l'âge de la grossesse. De

plus la paroi abdominale est tantôt amincie, sillonnée de veines en tête de méduse et de vergetures nombreuses, tantôt infiltrée d'œdème.

Si le liquide n'est pas très abondant, on est frappé, au palper, par la mobilité extrême du fœtus, par le ballotement que fournissent non seulement le sommet, mais encore le siège et les petites parties. Si au contraire l'hydropisie est considérable, la main reconnaît difficilement, sous la paroi tendue à l'excès, la position exacte du fœtus.

L'auscultation est rendue très délicate par l'abondance du liquide, et lorsqu'on soupçonne la mort du fœtus, qui coïncide souvent avec l'hydramnios, on ne pourra tirer de cette épreuve une indication décisive.

Par le toucher vaginal, on trouvera un col élevé, plus élevé que normalement ; « le segment inférieur donne la sensation d'une tumeur tendue, parfois très fluctuante qui obstrue tout le détroit supérieur. Les parties fœtales ne s'engagent donc pas dans l'excavation pelvienne, mais elles sont souvent accessibles quand on porte le doigt très haut et on est frappé de leur très grande mobilité (1) ». Le col est parfois largement perméable ; chez quelques multipares on le trouve déhiscent.

Quant à la terminaison de la grossesse, c'est celle de toute grossesse chez une syphilitique. C'est l'accou-

1. FARNIER ET BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, tome II, page 284.

chement prématuré, l'hydramnios suffisant à elle seule à le provoquer.

Dans toutes les observations qui vont suivre, nous n'avons observé chez les malades, aucun accident, ni du côté de la peau, ni du côté des muqueuses. Aucune de ces femmes n'a la notion d'avoir jamais été contaminée.

OBSERVATION XXXVIII

(Hydramnios. Enfant porteur de lésions d'hérédosyphilis précoce.)

C... Alzire, 23 ans, 1^{re} pare. Cette femme ne présente aucun accident syphilitique. Elle dit son mari bien portant.

D. R., 19-23 décembre 1904. — Examinée pour la première fois le 17 juillet 1905, on constate que l'utérus est plus développé que ne le comporte l'âge de la grossesse (7 mois), l'utérus atteint les fausses côtes. Tension modérée, ballottement du siège au fond de l'utérus. Sommet en G. T., incomplètement engagé. Cependant, début de travail. Hydropsie de l'amnios.

Accouchement prématuré à 7 mois, le 8 juillet, d'une fille vivante, pesant 2010 grammes, 4 litres de liquide.

Délivrance naturelle incomplète, rétention d'une partie de la caduque. Placenta lobulé, blanchâtre, pesant 480 grammes.

L'enfant présente de l'ascite, un foie plus gros que normalement. Mort le jour même dans un accès de cyanose.

OBSERVATION XXXIX

(*Hydramnios*).

D... Victorine, 29 ans, III pare. Trois grossesses du même père. Aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse, accouchement à terme d'une fille vivante, morte à 11 mois.

Deuxième grossesse, accouchement prématuré à 8 mois 1/2, fœtus mort et macéré.

Troisième grossesse actuelle. D. R. 5-10 mars 1905. Entrée le 3 décembre à la salle de travail (grossesse de 8 mois 1/2), utérus aux fausses côtes, tendu à l'extrême. La peau de l'abdomen est amincie, sillonnée par une circulation collatérale abondante. Œdème des membres inférieurs et des parties génitales externes.

On ne perçoit pas les bruits du cœur fœtal.

Accouchement prématuré de 8 mois 1/2, le 3 décembre d'un enfant mort, atteint de pemphigus généralisé. Poids : 3600 gr.
Placenta : 750 grammes.

OBSERVATION XL

(*Hydramnios*).

C... Eugénie, 28 ans, IV pare. Les trois premières grossesses sont d'un premier père. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse, 1896, accouchement à terme, fille vivante.

Deuxième grossesse, 1902, avortement de 5 mois 1/2 ; fœtus macéré.

Troisième grossesse, 1903, accouchement prématuré à 7 mois 1/2, fille morte et macérée.

Quatrième grossesse, actuelle (2^e père). D. R. 26-30 décembre 1904. Entrée le 5 septembre (grossesse de 8 mois). Hydramnios. Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Accouchement prématuré de 8 mois, le 5 septembre, à 10 heures du soir. On recueille 3 l. 1/2 de liquide ; fille vivante, paraissant indemne de syphilis, pesant 2750 grammes ; *placenta* : 570 grammes.

Enfant mis au traitement, XXX gouttes de liqueur de Van Swieten le troisième jour, puis XL, à partir du cinquième. Hématémèse et méléna le dixième jour. Mort le onzième.

OBSERVATION XLI (*Résumée*).

(*Hydramnios*).

J... Mathilde, 23 ans, I pare. Aucun stigmate de spécificité.

D. R. 4-9 mars 1905. Arrivée en travail le 11 septembre (grossesse de 6 mois). Utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, paroi modérément tendue. On perçoit les bruits du cœur.

Accouchement le 4 mars, d'une fille vivante, présentant un développement exagéré de l'abdomen. Poids : 1370 grammes. Morte au bout de quelques minutes.

Délivrance naturelle et complète. *Placenta* : 710 grammes.

OBSERVATION XLII

(*Hydramnios. Récidive*).

M... Adèle, 28 ans, III pare. Les deux premières grossesses sont d'un premier père. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse, accouchement à terme d'un enfant vivant, mort à 16 mois.

Deuxième grossesse, accouchement à terme d'un enfant mort pendant le travail. *Hydramnios 6 litres*.

Troisième grossesse, actuelle. D. R. 4-9 février. Entrée le 6 novembre (grossesse de 9 mois). *Hydramnios*. Rétention d'un fœtus mort. Le 7 novembre, on pose le gros ballon de M. Boissard à 11 heures du matin.

Rupture artificielle des membranes. On recueille 4 litres de liquide brun chocolat.

Expulsion à 9 heures du soir d'une fille morte et macérée pesant 3370 grammes.

Délivrance naturelle et complète, *placenta 660 grammes*.

OBSERVATION XLIII (*Résumée*).

(*Hydramnios. Récidive*).

D..., Marie, 22 ans, III pare. Les trois grossesses sont du même père. Aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse, compliquée d'*hydramnios*. Avortement de 6 mois 1/2.

Deuxième grossesse, *hydramnios*, accouchement prématuré à 8 mois; enfant vivant mort le cinquième jour.

Troisième grossesse, actuelle. D. R. 2 juillet 1905. Entrée le 24 février 1906. Hydramnios. Accouchement prématuré à 7 mois d'une fille vivante pesant 2580 grammes, ne présentant aucun signe de syphilis héréditaire précoce.

Placenta succenturié, 660 grammes. Enfant parti le sixième jour pesant 2350 grammes.

OBSERVATION XLIV

(*Hydramnios*).

T..., Adrienne, 29 ans, XI pare. Toutes les grossesses sont du même père; aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse, accouchement à terme, enfant vivant, mort deux heures après.

Deuxième grossesse, accouchement à terme, enfant vivant, mort une heure après.

Troisième grossesse, accouchement prématuré de 8 mois, fœtus mort et macéré.

Quatrième grossesse, avortement de 4 mois.

Cinquième grossesse, avortement de 2 mois.

Sixième grossesse, accouchement à terme, enfant mort à 6 mois.

Septième grossesse, accouchement à terme, enfant mort le deuxième jour.

Huitième grossesse, accouchement à terme enfant vivant.

Neuvième grossesse, accouchement à terme, enfant mort à 1 an.

Dixième grossesse, accouchement à terme, enfant mort à 11 mois.

Onzième grossesse, actuelle. D. R. 23-27 août 1904.

Entrée dans le service à 8 mois pour hydramnios et relâchement de la symphyse pubienne.

Accouchement le 29 mai 1905, à terme d'une fille vivante pesant 3350 grammes ; 3 litres de liquide.

Délivrance naturelle et complète, placenta ; 570 grammes.

[OBSERVATION XLV (*Résumée*).

L... Rose, 36 ans, II pare. Les deux grossesses sont du même père. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse, avortement de 2 mois 1/2.

Deuxième grossesse, actuelle. D. R., 10-15 septembre 1904. Entrée le 9 mai, parce qu'elle ne sent plus remuer depuis dix jours (grossesse de 8 mois).

Utérus aux fausses côtes, tension modérée de la paroi, sensations de mollesse, crépitation de la tête au fond de l'utérus. On ne perçoit pas les bruits du cœur. Enfant mort depuis dix jours et macéré. Hydramnios.

Accouchement provoqué à l'aide des ballons de M. Boissard.

Expulsion le 11 mai 1906. Siège décompleté mode des fesses, enfant mort et macéré pesant 1010 grammes.

Délivrance naturelle et complète, placenta ; 250 grammes.

OBSERVATION XLVI

(*Hydramnios*).

M..., Marie, 24 ans, II pare. Les deux grossesses sont du même père. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse, accouchement à 8 mois 1/2, enfant vivant, mort à 1 mois.

Deuxième grossesse, actuelle, D. R. 28 août 1904. Entrée pour début du travail le 3 avril, au terme de 8 mois.

Tension exagérée de la paroi abdominale, amincie, sillonnée de vergetures, par suite de l'excès de liquide. Utérus aux fausses côtes. Œdème des membres inférieurs, dyspnée d'effort.

On ne perçoit pas de ballotement au fond de l'utérus, ni les bruits du cœur.

Au toucher, dilatation comme 5 francs; présentation très élevée, membranes intactes, poche des eaux en bissac.

Accouchement spontané prématuré à 8 mois le 4 avril 1905. Enfant mort et macéré pesant 1420 grammes. *Quatre litres de liquide brun.*

Délivrance naturelle, incomplète. Rétention d'une grande partie de la caduque très épaissie, placenta décoloré, d'aspect lavé, pesant 320 grammes.

OBSERVATION XLVII

B... Marie, 20 ans, I pare.

A toujours été bien portante, n'accuse dans ses antécédents aucun symptôme de syphilis, on ne trouve sur elle ni syphilitide pigmentaire, ni plaques muqueuses. Pas de ganglions cervicaux indurés.

D. R. 20-25 mai 1905. Entrée le 28 octobre (grossesse de cinq mois). *Utérus développé comme dans une grossesse à terme.* Paroi abdominale infiltrée, œdème des membres inférieurs et de la vulve.

Fœtus mobile, extrémité céphalique en bas, non engagée. On n'entend pas les bruits du cœur.

Avortement spontané le 29 octobre. On recueille *quatre litres de liquide*. Fille morte et macérée pesant 1270 grammes, portant un encéphalocèle siégeant au niveau de la suture pariéto-frontale gauche, rompue spontanément pendant le travail.

Œdème généralisée du fœtus.

Rupture spontanée du cordon (18 centimètres) pendant l'extraction, au niveau de l'insertion placentaire.

Délivrance spontanée. Membranes intactes.

Placenta : 690 grammes. Cotylédons aberrants.

OBSERVATION XLVIII (Résumée).

Th... Marie, 20 ans, I pare.

Pas de stigmates de spécificité.

D. R. 18-22 août 1905. Entrée le 10 avril 1906 (grossesse de sept mois et demi) pour menaces d'accouchement prématuré.

Hydramnios.

Accouchement prématuré le 11 avril d'une fille vivante pesant 2.330 grammes. Délivrance naturelle et complète. *Placenta : 580 grammes.*

Enfant mort le dixième jour dans un accès de cyanose.

La mère est mise au traitement.

OBSERVATION XLIX (Résumée).

D... Gabrielle, 25 ans, I pare.

Aucun stigmate de syphilis.

D. R. 24-29 août 1904. Arrivée en travail le 25 avril, *Hydramnios*.

Accouchement prématuré le 25 avril 1905, à huit mois, d'une fille vivante pesant 2.650 grammes, 2 litres 1/2 de liquide. *Placenta : 450 grammes.*

L'enfant ne présente pas de signes d'hérédo-syphilis. Il est mis au traitement le septième jour (XXX gouttes de sublimé). Parti le douzième jour pesant 2.300 grammes.

OBSERVATION L (*Résumée*).

D... Philomène, 23 ans, 1^{er} pare.

Aucun stigmate de syphilis. Venue à la consultation le 7 décembre 1905. D. R. mai 1905.

Hydramnios. Mise au traitement par le sirop de Gibert. Régulièrement suivi depuis.

Accouchement à terme, le 27 janvier 1906, d'un garçon vivant, pesant 2.720 grammes, en bonne santé apparente. Placenta : 410 grammes. Parti le septième jour pesant 2.550 grammes.

OBSERVATION LI (*Résumée*).

R... Camille, 24 ans, 1^{er} pare.

Aucun stigmate de syphilis. Venue à la consultation le 11 novembre 1905. D. R. 10-13 avril 1905. Hydramnios. Mise au traitement par le sirop de Gibert, suivi régulièrement. Accouchement prématuré, le 3 décembre, à sept mois et demi d'une fille vivante pesant 2.510 grammes. On recueille *cinq litres de liquide*. Placenta pesant 440 grammes.

Mère partie le troisième jour. Enfant pesant 2.350 grammes.

En résumé, nous avons relevé l'hydramnios dans dix-neuf observations, ce qui nous autorise à poser à la fin de ce chapitre les conclusions suivantes :

La syphilis est une cause fréquente d'hydropisie de l'amnios. Cette complication de la grossesse peut se rencontrer chez des femmes infectées récemment. Nous avons, en effet, rassemblé dix-huit observations de femmes en puissance d'accidents des deux premières périodes, dont huit étaient atteintes d'hydramnios.

Enfin l'hydramnios envisagée comme élément de diagnostic reçoit une confirmation de l'accouchement prématuré de fœtus mort et macéré, de l'hypertrophie du placenta, et de l'effet du traitement mercuriel (obs. L et LI).

CHAPITRE VIII

PLACENTA SYPHILITIQUE

On ne peut pas ne pas être frappé, en examinant les observations rapportées jusqu'ici, des poids véritablement considérables qu'atteignent certains placentas chez des femmes dont la syphilis ne peut être mise en doute. C'est à dessein que nous avons jusqu'à présent laissé de côté les lésions placentaires d'origine syphilitique, nous proposant d'en traiter dans ce présent chapitre, afin de montrer toute l'importance diagnostique qu'on doit attacher à l'examen de cet organe.

Les lésions du placenta chez les syphilitiques, prédites par Trousseau, étudiées successivement par Franckel, Macdonald, Virchow, de Sinety, Malassez, pour ne citer que les principaux auteurs, constituent, par leur ensemble, une entité clinique et anatomo-pathologique, qui fait qu'on dit, *le placenta syphilitique*, comme on dit le placenta cardiaque ou le placenta albuminurique. C'est bien, d'ailleurs, l'impression qui ressort de la thèse de Schwab. Cet auteur, faisant une revue géné-

rale des connaissances les plus récentes sur la question, peut dire dans ses conclusions.

« La syphilis (1) lorsqu'elle est active et qu'elle se transmet au fœtus pendant la vie intra-utérine produit dans le placenta des *lésions constantes et caractéristiques*... La syphilis placentaire présente des altérations macroscopiques et microscopiques. Ces dernières sont les plus convaincantes... Les lésions du placenta syphilitique peuvent suffire à expliquer souvent la mort du fœtus *in utero* ou son état cachectique par une sorte d'anémie qu'elles provoquent. D'où l'explication des accouchements prématurés si fréquents dans la syphilis. »

Mais au point de vue de ses caractères macroscopiques, le placenta syphilitique a été tout particulièrement étudié par M. le professeur Pinard. Ces caractères pour ainsi dire pathognomoniques permettent de faire un diagnostic de syphilis même en l'absence de tout autre symptôme fourni par la mère ou le fœtus. Ils ont été rassemblés et décrits par Correa-Dias dans une thèse faite sous la direction de M. Pinard.

Le placenta syphilitique semble œdématisé, il est, en effet, de consistance molle, friable, à tel point qu'une pression du doigt, même légère, suffit à y produire des trous et des déchirures. Le ramollissement est d'autant plus considérable qu'il s'agit du placenta d'un fœtus en état de macération avancée; le placenta partageant l'imbibition qui atteint le fœtus.

1. SCHWAB. *De la syphilis du placenta*. Thèse de Paris, 1896.

Dans ce cas sa coloration est pâle, d'un blanc-jaunâtre, il a l'aspect lavé.

Mais bien plus caractéristique que la consistance ou la couleur, est l'augmentation du volume et, tout particulièrement, du poids. L'augmentation de volume du placenta syphilitique porte sur tous ses diamètres et sur son épaisseur. Cette hypertrophie, surtout considérable quand le fœtus vient mort et macéré, existe aussi très nette, lorsque l'enfant naît à terme, vivant et sans lésions apparentes de syphilis héréditaire. Dans ce cas la couleur du placenta peut être rouge foncé ou brun.

L'exagération du poids est beaucoup plus significative, car elle est exactement appréciable par les pesées, et présente un point de comparaison précis avec le poids du fœtus. « M. Lepage qui a comparé les poids des placentas pour les fœtus morts pendant la grossesse, a montré que, proportionnellement, le poids du placenta des fœtus tués par la syphilis, était d'environ un quart plus élevé que celui des fœtus tués par toute autre cause, telle que l'albuminurie, par exemple (1). »

D'autre part, Schwab rapportant les chiffres établis par Correa-Dias, dit dans ses conclusions : « A l'œil nu le placenta syphilitique peut être reconnaissable par l'hypertrophie souvent considérable qu'il présente. Alors que le placenta normal représente environ un sixième du poids du fœtus, le placenta syphilitique représente comme poids, le quart du poids du fœtus syphilitique

1. RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. *Précis d'obstétrique*.

à terme et le tiers et demi du poids du fœtus âgé de 7 mois à 7 mois 1/2 (1). »

Puis il établit un tableau représentant les poids comparés des placentas et des fœtus dont il rapporte les observations dans sa thèse.

Procédant de la même façon nous pouvons établir les tableaux suivants pour nos propres observations.

Tableau I

(Concernant des femmes en puissance d'accidents des deux premières périodes de la syphilis).

Observations	Terme	État du fœtus	Poids du fœtus	Poids du placenta
—	—	—	—	—
N ^{os}				
I	7 mois	Mort et macéré	1500 gr.	550 gr.
II	7 —	—	1750 —	550 —
III	6 —	Vivant (q.q. minutes)	400 —	170 —
IV	8 m. 1/2	Vivant	3190 —	880 —
V	7 mois	Mort et macéré	1480 —	510 —
VI	7 —	—	1610 —	680 —
X	6 —	Mort	1370 —	350 —
XII	8 —	Mort et macéré	1420 —	1330 —
XVI	8 —	Vivant	2100 —	460 —
XVII	8 —	Mort	2580 —	520 —

1. SCHWAB, *loc. cit.*

Tableau II

(Femmes sans stigmates de spécificité ayant fait plusieurs avortements).

Observations Nos	Terme	État du fœtus	Poids du fœtus	Poids du placenta
XIX	7 mois	Mort et macéré	1990 gr.	580 gr.
XXII	6 m. 1/2	—	930 —	280 —
XXIV	7 mois	—	2010 —	540 —
XXVI	7 —	Vivant	1450 —	430 —
XXXII	6 —	Mort et macéré	1380 —	350 —
XXXIV	8 m. 1/2	—	2300 —	470 —
XXXVII	9 mois	Vivant	3600 —	560 —
XXXIX	8 m. 1/2	Mort et macéré	3600 —	750 —
XL	8 —	Vivant	2750 —	570 —
XLII	9 mois	Mort et macéré	3370 —	660 —
XLIII	7 —	Vivant	2580 —	660 —
XLIV	9 —	—	3350 —	570 —
XLV	8 —	Mort et macéré	1010 —	250 —
XLVI	8 —	—	1420 —	320 —

Dans ce tableau nous avons laissé de côté les observations où le terme de la grossesse est inférieur à six mois.

« Cette hypertrophie, dit Correa-Dias (1), peut provoquer à elle seule l'avortement, soit que le placenta hypertrophié comprime le fœtus au point de détermi-

1. Correa-Dias. *Th. de Paris*, 1872.

ner sa mort, soit qu'elle agisse mécaniquement pour expulser le fœtus.»

Cependant l'altération macroscopique ne peut être rendue seule responsable de la terminaison prématurée de la grossesse. Les recherches des anatomo-pathologistes, reprises et résumées par Schwab, montrent l'existence constante de lésions microscopiques portant, tant sur le placenta maternel que sur le placenta fœtal, et suffisantes pour déterminer la mort du fœtus.

Les altérations du placenta fœtal portent principalement sur les villosités choriales et sur la membrana chorii. Au nombre des altérations des villosités choriales, il faut considérer les lésions portant sur les vaisseaux, endartérite et périartérite ; les lésions du stroma conjonctif, qui sont des lésions de « cirrhose jeune, embryonnaire expliquant bien l'hypertrophie des villosités et partant l'hypertrophie du placenta tout entier » (Schwab), et, enfin, les lésions de l'épithélium de revêtement consistant dans une prolifération des cellules et dans l'épaississement de la couche épithéliale.

Quant à la lésion de la membrana chorii, la plus fréquemment rencontrée d'après Schwab, c'est un épaississement de chorion et une infiltration embryonnaire plus ou moins abondante du stroma conjonctif.

Le placenta maternel est constitué par la portion superficielle de la caduque sérotine qui se détache avec le placenta, au moment de la délivrance et par les espaces intervillex. Virchow, Franckel et Malassez y avaient décrit, chez les syphilitiques, une endométrite

placentaire gommeuse. Schwab mettant en doute l'existence de gommés macroscopiques du placenta; décrit dans l'épaisseur de la caduque sérotine des lésions d'artérite des vaisseaux et de petites gommés; visibles seulement au microscope.

Ce dernier auteur dit, qu'à côté des lésions spécifiques, on peut rencontrer dans le placenta syphilitique des lésions banales, telles que foyers hémorragiques; noyaux fibro-graisseux et infarctus blancs.

On voit l'importance qu'il est légitime d'accorder aux lésions placentaires quand on cherche à dépister la syphilis en l'absence de tout symptôme cutané ou muqueux. On peut remarquer combien est constante cette altération placentaire, aussi bien chez les femmes récemment infectées, que chez les femmes ayant été contagionnées par leur fœtus. Nous allons donc rapporter quelques observations concernant, d'abord des multipares, puis des primipares chez qui le seul examen du placenta nous a permis de songer à la syphilis.

OBSERVATION LII

V... Louise, 26 ans, V pare. Toutes les grossesses sont du même père. Aucun stigmate de spécificité, hors les accidents obstétricaux antérieurs.

Première grossesse à 19 ans : avortement de 3 mois.

Deuxième grossesse à 20 ans : accouchement prématuré à 8 mois 1/2 ; enfant mort et macéré.

Troisième grossesse à 21 ans : accouchement à terme d'un enfant vivant.

Quatrième grossesse à 24 ans : accouchement prématuré à 8 mois, enfant vivant, mort au bout de quelques jours.

Cinquième grossesse : actuelle, grossesse de 8 mois, la mère ne sent plus remuer depuis six semaines.

Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort et macéré, pesant 2.950 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Le placenta est mou, friable, œdédié, rose pâle, comme lavé, il est parcouru de sillons profonds et nombreux. *Poids : 4.010 grammes.*

OBSERVATION LIII

R... Angèle, 33 ans, VI^e pare. Même père pour toutes les grossesses. Aucun stigmate de spécificité.

Première grossesse à 20 ans : avortement de 6 mois, fœtus mort et macéré.

Deuxième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois, enfant vivant, mort en bas âge.

Troisième grossesse : accouchement à terme, enfant vivant, âgé de 7 ans, bien portant.

Quatrième grossesse : accouchement à terme, enfant vivant, âgé de 5 ans, bien portant.

Cinquième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois 1/2 (présentation de l'épaule), enfant vivant.

Sixième grossesse : actuelle, D. R. 20-25 septembre 1904. Accouchement spontané à terme le 25 juin 1905, d'un enfant vivant pesant 3140 grammes, ne présentant aucun symptôme d'hérédosyphilis.

Placenta ovale, épais, rouge-brun foncé, plus consistant que normalement, pesant 720 grammes.

OBSERVATION LIV (*Résumée*).

V... Louise, 34 ans, III pare. La troisième grossesse est d'un père différent. Aucun stigmate de spécificité.

Du premier père : Deux grossesses à terme, accouchements normaux d'enfants vivants, dont l'un est mort à 5 ans de pneumonie.

Troisième grossesse : actuelle, D. R. 8-12 août 1905. Avortement de 4 mois le 19 décembre. Premier temps fait en ville, fœtus macéré de 350 grammes. Délivrée à la Maternité. Placenta pesant 160 grammes. Albuminurie.

OBSERVATION LV (*Résumée*).

L... Lucie, 28 ans, II pare. Les deux grossesses sont du même père. Aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse : accouchement à terme d'un enfant vivant.

Deuxième grossesse : actuelle. D. R. 30 novembre 1904. Accouchement prématuré de 6 mois, le 13 mai 1905. Premier temps fait en ville, fœtus mort et macéré pesant 840 grammes.

Délivrance à la Maternité, naturelle et complète. Placenta rose pâle, œdématié. Poids : 310 grammes.

OBSERVATION LVI (*Résumée*).

L... Augustine, 23 ans, I pare. Pas de stigmates, de spécificité, mais aurait été anémique de 20 à 22 ans ?

D. R., 24-27 août 1904. Accouchement prématuré à sept mois et demi, le 12 avril 1905, d'un garçon mort et macéré pesant 2.720 grammes. Liquide amniotique abondant, brun-chocolat.

Délivrance naturelle et complète. Membranes épaissies. Placenta bilobé, épais, pâle, mou, présentant deux infractus blancs volumineux. *Poids 550 grammes.*

OBSERVATION LVII (Résumée).

L... Arthémise, 24 ans, I pare.

On ne décèle chez cette femme aucun antécédent suspect.

D. R. 15-21 décembre 1904. Accouchement spontané à terme d'un enfant mort et macéré, pesant 3.060 grammes. Délivrance spontanée et complète. Les membranes présentent par places un aspect dépoli avec épaississement.

Placenta décoloré et ramolli, *pesant 650 grammes.*

OBSERVATION LVIII (Résumée).

M... Victorine, 28 ans, I pare. Aucun antécédent syphilitique appréciable.

D. R. 14-19 février 1905. Accouchement prématuré à sept mois, le 7 octobre 1905. Enfant mort et macéré, pesant 2.030 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Placenta lavé, friable, épaissi. *Poids : 430 grammes.*

Grande quantité d'albumine.

OBSERVATION LIX

F... Marie, 31 ans, I pare. Pas d'antécédents chez cette femme. Mais le père aurait eu, au mois de novembre 1904, une

éruption occupant tout le tronc, sans fièvre et sans malaise l'obligeant à garder le lit ?

D. R. 26-30 novembre 1904. Entrée le 5 juin 1905. Hydramnios. Défaut de sensations nettes. Présentation du siège. On ne perçoit pas les bruits du cœur.

Accouchement prématuré à six mois et demi d'un enfant mort et macéré pesant 1040 grammes.

Liquide amniotique brun chocolat.

Délivrance naturelle et complète. Placenta sillonné, mou et pâle, *pesant 380 grammes*.

Suites de couches normales. La femme est mise au traitement par les pilules de proto-iodure.

OBSERVATION LX (*Résumée*).

R. . Louise, 21 ans, I pare. Pas d'antécédents spécifiques appréciables.

D. R. : fin septembre 1904. N'a jamais senti remuer.

Accouchement prématuré de six mois et demi, le 8 avril 1905, d'un fœtus mort et macéré pesant 710 grammes. Délivrance spontanée, membranes incomplètes. Le placenta est déchiqueté, il semble incomplet, on en recueille 200 grammes. Liquide marron.

OBSERVATION LXI

B... Julia, 24 ans, I pare. Pas d'antécédents syphilitiques connus. Pas de stigmates.

D. R. 28 décembre 1904. Accouchement prématuré à six mois et demi, enfant mort et macéré pesant 1410 grammes.

Délivrance naturelle. Rétention d'une partie de la caduque.
Placenta présentant de nombreux et volumineux infractus.
Poids : 360 grammes.

Suites de couches normales.

Tableau III

Observations	Terme	Etat du fœtus	Poids du fœtus	Poids du placenta
— N ^{os}	—	—	—	—
LII	8 mois	Mort et macéré	2950 gr.	1010 gr.
LIII	9 —	Vivant	3140 —	720 —
LIV	4 —	Mort et macéré	350 —	160 —
LV	6 —	—	840 —	310 —
LVI	7 m. 1/2	—	2720 —	550 —
LVII	9 mois	—	3060 —	650 —
LVIII	7 —	—	2030 —	430 —
LIX	6 m. 1/2	—	1040 —	380 —
LX	6 m. 1/2	—	710 —	200 —
LXI	6 m. 1/2	—	1410 —	360 —

CHAPITRE IX

LÉSIONS SYPHILITQUES HÉRÉDITAIRES PRÉCOCES

Nous n'avons eu, jusqu'ici, que le triste spectacle des avortements et des accouchements prématurés ; nous avons vu la syphilis commençant par tuer les embryons, puis les fœtus. Nous allons voir maintenant les effets de la loi de décroissance, l'action nocive de la syphilis aller en s'atténuant, jusqu'à permettre la naissance d'enfants vivants près du terme et à terme. Mais si l'infection semble s'être atténuée suffisamment pour permettre la naissance d'enfants vivants, il n'en est pas moins vrai que ces enfants, dont les uns semblent indemnes de toute tare au moment de leur naissance, deviendront la proie d'accidents héréditaires précoces, et continueront à manifester cette inaptitude à la vie, dont ils semblaient avoir triomphé jusqu'au moment de leur expulsion. Mais, s'il y en a même qui ont les apparences de la santé, d'autres viennent au monde porteurs d'accidents syphilitiques des mieux caractérisés. Nous allons donc passer en revue quelques-uns de ces accidents, qui frappent les nouveau-nés tant au moment

de leur naissance, que dans les quelques jours qui la suivent.

Ce sont les manifestations précoces proprement dites de la syphilis héréditaire : elles peuvent survenir approximativement dans les deux premières années de la vie, mais c'est dans les premiers jours qu'on les observe avec leur maximum de fréquence et avec un cachet tout particulier (pemphigus des nouveau-nés, cachexie, syphilitique, hémorragies graves multiples, pseudo-paralysie, masque syphilitique).

Si parmi nos malades, les enfants porteurs de semblables lésions naquirent de mères portant la trace indiscutable de leur diathèse, bien plus souvent l'apparition des symptômes d'hérédo-syphilis précoce fut pour nous, sinon une révélation, tout au moins une certitude apportée au diagnostic encore hésitant. Nous ne pouvons d'ailleurs nous empêcher de faire remarquer que les enfants nés vivants, porteurs de lésions, constituent une minorité, ce qui tient essentiellement d'abord au milieu social où se recrutent les malades d'hôpital et, ensuite, à l'âge, en général, peu élevé des parturientes qui, par suite, sont dans une période peu avancée de leur infection syphilitique.

Les manifestations de l'hérédo-syphilis précoce peuvent éclater à des époques très diverses, mais d'une façon générale elles apparaissent d'autant plus tôt que l'hérédité spécifique sera plus jeune, plus lourde, qu'elle sera mixte ou maternelle, exempte de toute atténuation spontanée ou thérapeutique. Mais nous nous trouvons limités par notre sujet même à n'examiner que

les accidents qui apparaissent à la naissance ou dans les quinze jours suivants, délai que dépassent rarement les femmes admises à l'hôpital. Ce fait ne nous permettra de présenter qu'un nombre assez restreint de cas comparativement surtout, au nombre considérable des modalités cliniques qu'affecte cette maladie. Nous n'avons donc été à même d'observer que des nouveau-nés porteurs de pemphigus et des enfants atteints de lésions viscérales se traduisant par de l'ascite ou des hémorragies graves multiples.

Le pemphigus des nouveau-nés, dont la nature spécifique n'est plus mise en doute aujourd'hui, fit l'objet de controverses pendant toute la première partie du XIX^e siècle ; témoin la discussion, qui s'éleva au sein de l'Académie de médecine, en 1851, entre Gazeaux et Paul Dubois, et dans laquelle ce dernier s'appuyant sur ses propres observations et sur les recherches de Depaul, Stoltz, Hertle, etc., soutint victorieusement l'origine et la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés.

C'est une éruption bulleuse, généralement discrète, siégeant le plus souvent à la paume des mains et à la plante des pieds, mais non d'une façon constante. Elle se montre au début sous forme de taches, rouge foncé ou violacé, au niveau desquelles l'épiderme se soulève contenant un liquide trouble ou sanguinolent. Ces bulles, de dimensions variables, lenticulaires en moyenne, peuvent se réunir et donner lieu à des soulèvements beaucoup plus étendus et limités par des segments de cercle.

L'évolution de chaque bulle est rapide ; le liquide, d'abord louche, devient purulent, verdâtre, contenant des granulations fibrineuses et des globules de pus. Les bulles ne tardent pas à se flétrir ou à se crever, laissant à leur place une érosion rouge vif pouvant aller jusqu'à l'ulcération et intéresser toute l'épaisseur du derme.

Le pemphigus syphilitique existe presque toujours au moment de la naissance ; il se rencontre fréquemment chez le fœtus mort-né, car on fixe son apparition au septième mois de la vie intra-utérine. Si l'enfant vient au monde vivant, porteur de l'éruption pemphigoïde, il succombe le plus souvent dans les premiers jours de son existence. D'autant plus, que des lésions viscérales accompagnent, dans la majorité des cas, la lésion cutanée.

Parmi les lésions viscérales entraînant rapidement la mort, celles du foie et de la rate occupent le premier rang. L'enfant survivant présente dans ce cas un développement exagéré de l'abdomen, qui lui donne l'aspect d'un batracien. L'abdomen, tendu et ballonné par l'ascite, porte une circulation collatérale périombilicale très marquée et souvent un léger degré d'œdème sus-pubien.

Lorsque l'ascite n'est pas très abondante, qu'elle ne tend pas la paroi abdominale, la palpation permet de se rendre compte de l'hypertrophie du foie. Cet organe normalement gros chez l'enfant nouveau-né, semble alors occuper entièrement la cavité abdominale. La rate subit également une augmentation notable de

son volume ; ordinairement inaccessible au palper, on arrive chez les hérédos-syphilitiques à la sentir et à la délimiter à travers la paroi abdominale.

Ces enfants présentent en outre une coloration jaune ou jaune-verdâtre de tous les téguments. Leur aspect est chétif et misérable ; la peau semble trop large pour eux. La respiration est gênée, le cri faible et plaintif. En un mot ils se présentent avec tous les attributs de la cachexie syphilitique et ne tardent pas à succomber.

Le liquide épanché dans la cavité abdominale est jaune-verdâtre, teinté de pigments biliaires, parfois sanguinolent. Le foie hypertrophié est congestionné, rouge foncé, ou présente une teinte jaunâtre, parsemée d'îlots plus blancs. La consistance en est dure et élastique. Il s'agit, soit d'une hépatite parenchymateuse diffuse, soit de lésions gommeuses entraînant des compressions de la veine porte et de la veine ombilicale, dont dépend l'ascite qu'on observe, même chez les fœtus morts et expulsés prématurément.

Parmi les observations qui sont rapportées aux chapitres précédents, trois concernent des malades ayant accouché d'enfants porteurs de diverses manifestations syphilitiques (pemphigus, obs. XXXIX, ascite, hypertrophie du foie, obs. XVII et XXXVIII). Or ces deux femmes avaient fourni, par les seuls signes tirés de l'évolution de la grossesse, une présomption suffisante pour soupçonner la syphilis (hydramnios). Les lésions viscérales des enfants issus de ces grossesses vinrent confirmer le diagnostic. Chez la troisième, le cas est un peu différent. Cette femme portait des plaques muqueu-

ses, de la vulvè, aussi le pemphigus de son enfant, l'hypertrophie du placenta ne furent-ils que des compléments au diagnostic déjà posé, en même temps que la démonstration jusqu'à l'évidence de l'action exercée par la même infection, sur la mère et sur le fœtus.

Le caractère syphilitique du pemphigus serait-il mis en doute que les recherches de MM. Ménétrier et Rubens-Duval sur le fœtus de l'observation LXIII, viendraient apporter la démonstration bactériologique de la nature spécifique de cette éruption. En effet, ces deux auteurs ont trouvé dans le liquide des bulles de pemphigus, des spirochètes de Schaudinn en quantité considérable.

OBSERVATION LXII

(Pemphigus du nouveau-né).

R..., Jeanne, 30 ans, VI pare. Les cinq premières grossesses sont d'un premier père. On ne note chez cette femme aucun stigmatisme de spécificité. Elle dit avoir toujours été en bonne santé, ses deux maris également.

Quatre grossesses à terme d'enfants vivants ; un seul âgé actuellement de 7 ans, vit ; les autres sont morts de maladies infectieuses entre 2 et 6 ans. Un avortement de 3 mois.

Sixième grossesse, actuelle, du deuxième père. D. R. 3-8 juillet 1905. Entre à la Maternité le 21 février, en travail. Grossesse de 7 mois. Accouchement une heure après d'un enfant ayant de faibles battements du cœur pendant quelques minutes. Poids : 1.730 grammes. Il présente un développement exa-

géré de l'abdomen avec circulation collatérale péri-ombilicale. Les pigments sont jaune terreux. On perçoit à la palpation le foie et la rate hypertrophiés.

La plante des pieds et la paume des mains présentent une éruption de pemphigus à la période de desquamation. Le derme au-dessous est rouge vif. Au niveau de la malléole interne de la jambe droite; on voit encore quelques bulles intactes.

Délivrance naturelle et complète. *Placenta* : 510 grammes, épais, imbibé, parcouru de larges sillons.

La femme est mise au traitement le quatrième jour après son accouchement.

OBSERVATION LXIII

(*Pemphigus du nouveau-né*).

H..., Augustine, 28 ans, II. pare. Les deux grossesses sont du même père. On ne décèle aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse : Accouchement prématuré à 7 mois 1/2, d'un enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse : actuelle. D. R. 31 mars 1905.

Albuminurie Accouchement prématuré à 8 mois, le 23 novembre, d'un garçon vivant, pesant 2.250 grammes. Liquide amniotique abondant, verdâtre. L'enfant a de l'ascite, circulation péri-ombilicale, œdème sus-pubien, foie hypertrophié ; la rate est difficilement perceptible.

Éruptions de pemphigus à la plante des pieds et à la paume des mains ; les bulles sont pour la plupart intactes, quelques-unes commencent à se flétrir. L'enfant crie mal, la respiration est pénible, elle s'affaiblit peu à peu et succombe au bout de douze heures.

Délivrance naturelle incomplète. Placenta hypertrophié, *pesant 610 grammes.*

OBSERVATION LXIV (*Résumée*).

D..., Marie, 30 ans, II pare. Les deux grossesses sont du même père. On ne peut décéler aucun stigmate de syphilis.

Première grossesse en 1903 : avortement de 5 mois.

Deuxième grossesse, actuelle : accouchement prématuré à 7 mois (?) fait en ville, d'une fille morte, pesant 1.790 grammes. Éruption de pemphigus à la plante des pieds, bulles en parties déchirées, le derme est ulcéré en certains points.

La femme est délivrée à la Maternité. Placenta : *230 grammes.* Partie le lendemain sur sa demande.

OBSERVATION LXV, (*Résumée*).

G..., Marthe, 24 ans, I pare. Dit avoir toujours été bien portante. Cependant aurait été soignée à Tours pour une angine ayant duré deux mois, en 1901.

D. R. 2-5 août 1904. — Rupture *prématurée* des membranes quatre jours avant son entrée à la maternité. Accouchement prématuré à 8 mois le 16 avril 1905, d'un garçon vivant pesant 2.400 grammes.

Délivrance naturelle et complète, placenta : 420 grammes. L'enfant semble normal bien que débile ; la respiration est bonne, le cri fort. Le quatrième jour, apparition d'une poussée d'ictère, donnant à la peau une teinte jaune-sale. L'enfant dépérit rapidement et a quelques vomissements et la diarrhée ; la respiration s'embarrasse et il meurt le septième jour.

Foie, hypertrophié, congestionné. Rate, normale, un peu d'ascite.

OBSERVATION LXVI (*Résumée*).

B..., Marie, 22 ans, II pare. Les deux grossesses sont du même père. On ne note aucun antécédent spécifique.

Première grossesse : accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant vivant ; mort onze heures après.

Deuxième grossesse : actuelle D. R. 25-30 août 1904. — Accouchement prématuré à 8 mois d'une fille vivante pesant 2.000 grammes.

Délivrance naturelle et complète, placenta 340 grammes.

L'enfant ne porte pas de pemphigus, il n'a pas d'ascite, mais son aspect est misérable, les téguments sont terreux et semblent trop larges ; la respiration ne s'établit que d'une façon satisfaisante, il a du tirage. Mort le lendemain.

OBSERVATION LXVII (*Résumée*).

H..., Julie, 23 ans, II pare. Les deux grossesses sont du même père. Aucun antécédent spécifique.

Première grossesse : avortement de quatre mois.

Deuxième grossesse : actuelle, D. R. 18-22 décembre 1904. — Accouchement prématuré à 7 mois, le 25 juin 1905, d'une fille vivante pesant 1.100 grammes.

Délivrance naturelle et complète, placenta : 360 grammes.

Enfant cachectique, ictère, ventre volumineux est mis en couveuse, meurt le troisième jour.

Il nous reste enfin parmi les manifestations de l'héredo-syphilis précoce à mentionner les hémorragies graves des nouveau-nés, dont nous avons eu l'occasion d'observer quatre cas dans le courant de l'année.

Ces hémorragies qui se produisent, soit au niveau de l'ombilie, soit au niveau des muqueuses respiratoires et digestives, observées et notées depuis fort longtemps, ont fait l'objet de travaux multiples tant en France qu'à l'étranger. Leur étiologie au sujet de laquelle s'élevèrent de nombreuses controverses est définitivement établie aujourd'hui. C'est donc sur leur pathogénie que les recherches des auteurs contemporains se sont particulièrement portées, et il faut arriver aux travaux les plus récents pour trouver une interprétation définitive de ce phénomène morbide,

Au point de vue de l'étiologie, lorsqu'on a éliminé les causes d'ordre traumatique et accidentel, on doit considérer les hémorragies dépendant d'un état général grave de l'organisme. C'est donc dans cette catégorie qu'on doit ranger, à côté de l'hémophilie et de la débilité physiologiques, la syphilis héréditaire ; ces trois états diathésiques étant également susceptibles de provoquer l'omphaloragie, les hématomés et le melœna.

Il faut joindre, à cette catégorie de causes, les maladies infectieuses, la pyohémie et la septicémie qui se développent après la naissance et peuvent provoquer également la diathèse hémorragique. De plus les recherches modernes ont montré que l'infection joue un rôle important dans la production de la diathèse hémorra-

gique des nouveau-nés, alors même que d'autres causes, la syphilis en particulier, sont déjà en jeu.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie sur laquelle nous reviendrons, la syphilis figure au premier rang des maladies responsables des pertes de sang soit au niveau de l'ombilic, soit au niveau de la muqueuse gastro-intestinale. C'est une notion qui fut établie par Behrend en 1866, puis par Kassowitz en 1878. Depuis Schmitt, Grandidier, Waschmuth, pour avoir observé des omphaloragies chez les nouveau-nés syphilitiques n'hésitent pas à dire que l'hémorragie ombilicale est liée à la syphilis par des rapports de cause à effet. Ribemont (1888) et Dusser (1889) placent également la syphilis en tête du chapitre étiologique. Enfin les observations se multiplient, Ausset et Derodde au congrès de Lille, M. Boissard à la société obstétricale de France, M. Bar à l'hôpital Saint-Louis invoquent tour à tour la syphilis.

Ces manifestations hémorragiques chez les nouveau-nés, demeurées obscures quant à leur mode de production, s'éclairent singulièrement, lorsque grâce aux recherches du laboratoire, les auteurs renoncent à voir dans chacune d'elles une entité morbide, mais bien un syndrome, susceptible de se montrer dans un certain nombre de cas et sous les formes les plus variées. Qu'il s'agisse donc de syphilis ou d'hémophilie, se traduisant par des hémorragies ombilicales ou gastriques, le mécanisme qui les provoque semble demeurer identique dans les deux cas.

Ribemont dans sa thèse d'agrégation, avec Wasch-

muth et Birsch-Hirschfeld, met en cause les lésions vasculaires. Il s'agirait pour lui de dégénérescence fibreuse des vaisseaux ombilicaux tant artère que veine. « Mais, dit-il, il n'y avait pas trace de dégénérescence graisseuse ni d'infiltration calcaire, ce qui sépare nettement les altérations en question de celles dues à l'athérome. Sont-ce ces raisons qui ont été la raison déterminante de ces hémorragies? Cela est possible mais on l'ignore (1). » Ces auteurs incrimineraient donc la seule influence sclérosante de la syphilis. Mais pour Dusser, cette influence ne serait pas seule responsable des manifestations hémorragiques. « Il est possible, dit-il en effet, que la syphilis agit d'une manière indirecte, comme cause cachectisante, en altérant profondément les organes hématopoïétiques. Il est possible, comme nous le disions plus haut, que le volume, parfois très considérable du foie et de la rate, en gênant la circulation porte, soit une cause occasionnelle efficace de ces sortes d'hémorragies (2). »

Plus récemment, M. Démelin, dans le *Traité des maladies de l'enfance* dit, en parlant des omphalorragies d'origine syphilitique : « L'artérite et la phlébite ombilicale, les lésions hépatiques ont été signalées, sans compter les altérations du sang sur lesquelles Trousseau attirait déjà l'attention. Mais il faut une forme particulière d'infection spécifique ; car il s'en faut de beaucoup que la syphilis héréditaire détermine dans tous

1. RIBEMONT, *Th. d'agrégation*, 1880.

2. DUSSER. *Thèse de Paris*, 1889.

les cas des hémorragies ombilicales. Peut-être même, s'agit-il d'infection secondaire, favorisée dans son développement par la syphilis préexistante (1). »

On voit donc peu à peu se dégager là l'existence des quatre facteurs nécessaires à la production des hémorragies des nouveau-nés : lésions vasculaires et lésions hépatiques spécifiques, altérations sanguines et infection.

Enfin, nous ne saurions mieux faire que de rappeler les conclusions de la thèse de Lequeux (2), qui représente le travail le plus récent sur la question. « Les hémorragies graves des nouveau-nés constituent, non une entité morbide, mais un syndrome commun à plusieurs états pathologiques. »

Pour cet auteur, certaines tares héréditaires, certaines maladies des ascendants qui réagissent sur le fœtus par leurs propriétés sclérosantes, tels l'alcoolisme, le saturnisme et surtout la syphilis, préparent le terrain, sur lequel, à l'occasion d'une infection, apparaîtra l'hémorragie.

Deux causes seraient donc nécessaires à la production de cet accident ; « L'une, l'intoxication liée aux maladies héréditaires, agissant plus ou moins lentement ; l'autre infection agissant comme cause définitive. » (Lequeux).

L'intoxication porte principalement son action sur le

1. DÉMELIN. Hémorragies graves des nouveau-nés. In *Traité des maladies de l'enfance*.

2. Paris, 1906.

foie, la rate et parfois les vaisseaux ombilicaux. L'atteinte lente mais continue du foie se traduit par la réaction du tissu interstitiel, par la sclérose qui peut aller jusqu'à la cirrhose mono-cellulaire.

Quant à l'infection secondaire, c'est surtout sur les éléments glandulaires qu'elle exerce son action.

Ce foie ainsi hypertrophié, congestionné et en partie sclérosé, fait preuve de son insuffisance par une activité hémato-poïétique inusitée. De leur côté, les vaisseaux sont altérés par hyperplasie interstitielle et sclérose. Enfin les microbes et leurs toxines, agissant brusquement sur les cellules hépatiques déjà profondément désorganisées, réalisent, grâce aux altérations sanguines, toutes les conditions nécessaires à la production des hémorragies.

Si au point de vue pathogénique, il existe peu de différences dans le mode de production des hémorragies graves des nouveau-nés, il en existe encore moins dans leur manifestation symptomatique. Aussi l'omphalorrhagie, l'hématémèse et le méléna, ne viendront-ils que comme la confirmation du diagnostic d'une syphilis déjà soupçonnée.

Les hémorragies au niveau de l'ombilic sont peu fréquentes relativement au nombre considérable des cas de syphilis héréditaire. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, arrivent dans leurs statistiques, à des chiffres peu élevés, quoique très différents. Pour notre compte, nous n'en avons observé qu'un seul cas, dans le courant d'une année passée à la maternité de l'hôpital Tenon.

Cette omphalorrhagie, observée chez un enfant né prématurément (8 mois 1 2), d'une femme portant des accidents secondaires, survint trois jours après la naissance. En général, et d'après la statistique établie par Ribemont, les omphalorrhagies présentent leur maximum de fréquence du cinquième au neuvième jour.

Dans cette observation, l'hémorrhagie se fit au ras de l'insertion du cordon, au niveau du point où le moignon funiculaire déjà desséché, allait tomber définitivement ; quand elle est plus précoce l'hémorrhagie peut se faire au niveau de la section même du cordon. Le plus souvent c'est par la veine que se fait l'écoulement de sang.

Il se fait goutte à goutte ou en bavant, lentement, aussi est-ce en démaillant l'enfant qu'on s'aperçoit de cet accident ; à moins que des symptômes généraux graves, algidité, syncope ou convulsions, n'attirent l'attention du côté de la plaie ombilicale.

Dans le cas que nous avons observé (ob. IV) l'hémorrhagie se fit assez rapidement, malgré des tentatives d'hémostase répétées (compression, ligature en masse sur des épingles entrecroisées). L'hémorrhagie commencée le matin, continua toute la journée ; l'enfant se refroidit progressivement, fit une poussée d'ictère dans l'après-midi et mourut le soir même.

Les hémorrhagies gastro-intestinales se traduisent cliniquement par l'apparition d'hématémèses et de méléna. Ces symptômes apparaissent à deux époques différentes, soit dans les quatre premiers jours qui suivent la naissance, soit plus tardivement du cinquième au

douzième jour (Obs. XL, dix jours). Ils peuvent se présenter séparément ou simultanément.

Le sang est rejeté par la bouche à la suite d'un effort de vomissement, après la tétée ou à son occasion. Il est tantôt noir, tantôt rouge, suivant qu'il a séjourné plus ou moins longtemps dans l'estomac.

L'hématémèse peut être unique ou répétée, abondante ou légère. On retrouve les mêmes modalités pour l'hémorragie intestinale.

En ce qui concerne particulièrement les hérédosyphilitiques, ces deux symptômes s'accompagnent le plus souvent d'ictère, de convulsions et quelquefois d'une élévation de la température. La terminaison est généralement fatale.

La source des hémorragies gastriques se trouve au niveau d'ulcérations occupant soit le grand cul-de-sac, soit le voisinage du pylore ou du cardia. La source de l'hémorragie intestinale se trouve presque toujours sur le duodénum. Dans l'un et l'autre cas, les ulcérations sont extrêmement petites, de la taille d'une tête d'épingle ou d'une lentille, parfois superficielles, parfois profondes, avec des bords taillés à pic ; elles sont environnées de sugillations sanguines qui boursoufflent l'épithélium encore intact à ce niveau.

Quant au mécanisme de ces ulcérations il faudrait invoquer l'influence sclérosante de la syphilis sur les vaisseaux, à laquelle viendrait s'adjoindre une infection secondaire, une gêne de la circulation hépatique et des modifications du sang.

Il nous a été donné d'observer un cas d'hémorragie

des muqueuses buccale et nasale, au niveau d'ulcérations petites mais profondes.

Ces écoulements sanguins survenant le sixième jour après la naissance, se firent d'une façon lente mais continue, jusqu'à entraîner la mort du nouveau-né.

OBSERVATION LXVIII

A..., Marie, 26 ans, III pare. Les trois grossesses sont du même père. On ne relève aucun antécédent, ni aucun stigmate spécifiques.

Première grossesse en 1902 : avortement de 4 mois.

Deuxième grossesse en 1903 : avortement à terme d'un enfant vivant, mort à 2 mois.

Troisième grossesse : actuelle. D. R. 7-10 janvier 1905. Hydropisie de l'amnios. Accouchement prématuré à 8 mois le 15 septembre. Garçon vivant pesant 2.020 grammes.

Délivrance naturelle et complète. *Placenta*, 430 grammes. L'enfant paraît indemne de syphilis. Quatre jours après la naissance il est pris d'une hématomèse abondante. Le sang est rejeté par la bouche et par le nez. Algidité, respiration faible. On fait 30 grammes de sérum artificiel. L'hémorragie arrêtée quelques minutes reprend. L'enfant tombe dans le collapsus et meurt au bout d'une demi-heure.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION LXIX

R..., Julia, 17 ans, I pare.

Aucun antécédent spécifique notable.

D. R. 10-15 décembre 1904. — Entrée à la Maternité le

16 août 1905. L'utérus dépasse l'ombilic d'un petit travers de main. Grossesse de 7 mois 1/2. Excès de liquide amniotique. Sommet en G. A. engagé.

Accouchement prématuré le même jour à 8 heures du soir, d'un garçon vivant pesant 1830 grammes.

Délivrance naturelle et complète. *Placenta de 450 grammes*, présentant deux infractus hémorragiques. Syphilis probable.

L'enfant, quoique débile, paraît sain. Il est mis en couveuse. Mis au sein le deuxième jour. Le septième jour on s'aperçoit que son oreiller est taché de sang. Examiné le sang semble provenir de la bouche et du nez. On trouve, en effet, sur le maxillaire inférieur à gauche, deux ulcérations fissuraires taillées à pic, d'où le sang sort en bavant. L'ulcération nasale ne peut être découverte. Les ulcérations gingivales sont touchées à la teinture d'iode. On fait le tamponnement des fosses nasales. L'hémorragie continue. Dans la journée l'enfant fait une poussée d'ictère. La respiration s'affaiblit progressivement, l'enfant se refroidit peu à peu; (injection de 50 grammes de sérum) il meurt dans la nuit.

Foie hypertrophié, congestionné; rate normale.

Il nous semble intéressant de rapprocher de l'étude des hémorragies du nouveau-né, un aperçu rapide sur les recherches de laboratoire entreprises dans ces dernières années, pour la découverte du spirochète de Schaudinn. Ce rapprochement nous semble justifié en raison du rôle que peut jouer le spirochète dans la genèse de la diathèse hémorragique. Les recherches faites par MM. Ménétrier et Rubens-Duval, sur un fœtus du service de M. Boissard, nous montrent le spi-

rochète agissant comme agent infectieux hypertorique, provoquant une septicémie généralisée chez le nouveau-né syphilitique.

Au moment de la découverte par Schaudinn et Hoffmann du spirochète pallida, dans les lésions syphilitiques, il vint tout naturellement à l'esprit de plusieurs auteurs de rechercher ce parasite dans les placentas des femmes syphilitiques et dans les organes de fœtus porteurs de lésions d'hérédo-syphilis. Il était légitime d'espérer que la découverte du spirochète dans la placenta viendrait apporter la manifestation évidente d'une spécificité ignorée ou cachée par les géniteurs.

En ce qui concerne la recherche du spirochète dans les placentas, des travaux étaient entrepris simultanément en France et en Allemagne. En décembre 1905, Paaschen présentait à la société médicale de Hambourg des préparations de placenta contenant des spirochètes. Dès le mois de juin 1905, MM. Wallich et Levaditi entreprenaient, à l'institut Pasteur de Paris, une série de recherches sur des placentas provenant de la clinique Baudelocque. Ces auteurs ont publié les résultats de leurs recherches dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de février 1906.

Sur treize observations faites par eux, MM. Wallich et Levaditi, ont employé, dans huit cas, le procédé des frottis colorés, d'après la méthode de Giemsa ; dans les autres cas, ils se sont servis de la méthode d'imprégnation à l'argent. Ils n'ont trouvé le spirochète que dans

un seul placenta (obs. 12), provenant d'une femme n'ayant jamais présenté d'accidents syphilitiques, mais dont l'enfant né vivant, portait une éruption de pemphigus des pieds et des mains.

Les spirochètes ont été trouvés en abondance dans le placenta fœtal, tout d'abord dans la paroi épaissie des gros vaisseaux appartenant aux ramifications du cordon, puis en plus grand nombre encore dans les villosités. Dans ces dernières, ils étaient disposés soit en plein tissu muqueux, soit au contact de la paroi des capillaires veineux.

Les recherches faites par MM. Ménétrier et Rubens-Duval, concernant l'enfant de l'observation LXIII, furent entreprises au mois de novembre et leur résultat communiqué à la Société Médicale des hôpitaux le 29 décembre 1905.

L'enfant mort douze heures après la naissance, portait des bulles plantaires de pemphigus.

A l'autopsie, le foie seul attirait l'attention par son volume considérable, sa coloration rouge violacée et l'énorme congestion dont il était le siège. Les autres organes viscéraux également congestionnés ne présentaient pas de lésions spécifiques.

Les bulles de pemphigus furent examinées d'après la méthode de Levaditi ; le spirochète y pullulait. « La bulle de pemphigus, disent les auteurs de la communication, est un clivage de la couche cornée de l'épiderme. Dans la fente de clivage se trouvent un grand nombre de cellules cornées desquamées, soit isolées les unes des autres, soit réunies en placards. Parmi les

éléments épithéliaux, à leur surface ou dans leurs interstices, on constate la présence d'un nombre considérable de spirochètes. Quelques-uns sont isolés, d'autres réunis en petits groupes et enchevêtrés les uns dans les autres. Ils tranchent nettement, comme autant de petites spirales noires sur le fond jaunâtre des cellules épidermiques desquamées... On en trouve également, mais plus difficilement dans l'épiderme au niveau du corps muqueux de Malpighi et dans les cônes interpapillaires. » (1)

Des spirochètes sont trouvés en petit nombre dans les vaisseaux des capsules surrénales, appliqués contre la paroi. On en trouve aussi dans le tissu propre de la glande.

Le foie ne présente pas de nodules inflammatoires, pas de sclérose, mais une congestion telle que les travées hépatiques sont désorganisées. Dans cet organe, les spirochètes sont très inégalement distribués ; le plus souvent, ils sont accolés aux parois vasculaires du système porte.

Chez ce nouveau-né, l'infection s'était généralisée par voie sanguine. En effet, en examinant le placenta, MM. Ménétrier et Rubens-Duval n'ont trouvé de spirochètes que dans les vaisseaux des villosités choriales ; et ils n'ont pu en décélérer aucun dans le sang du placenta maternel. Ils concluent ainsi : « Ici, la syphilis

1. MÉNÉTRIER ET RUBENS-DUVAL. Sur un cas de septicémie à spirochètes de Schaudinn chez un nouveau-né syphilitique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp.*, n° 38, 4 janvier 1906.

se manifeste par une infection sanguine suraiguë. La pullulation du parasite dans le sang est telle, qu'elle rappelle les infections hématiques les mieux caractérisées, comme le charbon. Et la syphilis a tué, comme toutes les septicémies aiguës, en ne provoquant que de simples lésions congestives ; car ce pemphigus n'était chez cet enfant qu'un épiphénomène d'importance secondaire. »

Bien que les parents n'aient, comme dans l'observation 12 de M. Wallisch, présenté aucun stigmate de spécificité, le fœtus était atteint de pemphigus. Aussi la découverte du spirochète, ne peut-elle être considérée que comme une satisfaction scientifique et comme une nouvelle confirmation d'un diagnostic déjà affirmatif.

Les recherches de MM. Ménétrier et Duval ont porté en outre sur l'enfant de l'observation IV. La mère présentait à son entrée à la salle de travail, une roséole discrète, des condylomes de la marge de l'an us et des plaques muqueuses de la vulve. Elle avait subi le traitement pendant le dernier mois de sa grossesse. L'enfant, né à 8 mois 12 présentait de l'ictère et de l'ascite. Le troisième jour, il succombait à la suite d'une hémorragie ombilicale.

L'artère ombilicale présentait des lésions spécifiques ; le foie hypertrophié était le siège d'une congestion intense, mais ne présentait aucune lésion circonscrite à caractères spécifiques. Dans le poumon droit, on trouva un foyer d'infarctus de la taille d'une noisette, dû à l'artérite oblitérante. Contre les parois des branches

oblitérées de l'artère pulmonaire, ainsi que dans le sang de ces vaisseaux, on trouva de nombreux spirochètes. Il s'agissait vraisemblablement ici, de lésions spécifiques des vaisseaux du poumon, auxquelles s'était jointe une infection sanguine intense d'origine parasitaire ; ce qui serait conforme aux théories admises pour expliquer la pathogénie des hémorragies graves des nouveau-nés.

CHAPITRE X

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA COURBE ALIMENTAIRE CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

On sait que sous l'influence du temps la nocivité de l'infection syphilitique va en s'atténuant, réalisant ce que Diday avait appelé la loi de décroissance. Après avoir tué embryons et fœtus, la syphilis permet enfin la naissance d'enfants vivants, les uns présentant dès leur naissance des accidents nettement spécifiques, les autres paraissant indemnes de toute atteinte. Il existe même de ces enfants, naissant en apparence sains, qui présentent une grande résistance et qui ne manifestent leur infection, si atténuée qu'elle en est pour ainsi dire latente, que par le caractère anormal que revêt leur courbe de poids.

M. Boissard avait, dès 1894, attiré l'attention sur la valeur que présente cette courbe alimentaire chez les hérédosyphilitiques, puisqu'il avait à cette époque inspiré la thèse de Pouzol. (*De l'importance diagnostique à la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédosyphilis*).

Plus récemment en 1904, il faisait avec Devé une communication à la Société d'obstétrique de Paris où il faisait de nouveau remarquer l'importance des renseignements, fournis par les pesées quotidiennes de l'enfant soupçonné de syphilis héréditaire.

En effet M. Boissard, démontre que, grâce à sa marche et à ses caractères, la courbe alimentaire, peut « permettre souvent de soupçonner et même d'affirmer une syphilis héréditaire en quelque sorte latente tant elle est atténuée ».

Nous ne saurions donc, passer sous silence une notion aussi importante pour le diagnostic de la syphilis héréditaire précoce, car plus elle est atténuée plus elle risque de passer inaperçue et plus il est important de la dépister pour savoir rapporter à leur véritable cause des accidents en apparence inexplicables.

Comment donc se présente la courbe des poids du nouveau-né entaché de syphilis héréditaire comparativement à celle du nouveau-né sain et normal.

A l'état normal le poids de l'enfant diminue pendant les trois ou quatre premiers jours. Cette diminution est variable suivant le poids de l'enfant, suivant qu'il s'agit d'enfant de primipares ou de multipares. En moyenne elle varie de 150 à 200 grammes. La diminution s'arrête et l'enfant regagne son poids de naissance du sixième au dixième jour en augmentant quotidiennement de 25 à 30 grammes. Puis si l'enfant est bien nourri et surtout régulièrement nourri l'augmentation se poursuit dans les mêmes proportions.

Quelle sera la courbe des nouveau-nés en état de syphilis héréditaire latente?

Il s'agit quelquefois de prématurés, le plus souvent ce sont des enfants près du terme ou à terme, qui ne présentent aucun des symptômes de la cachexie syphilitique.

Le premier jour l'enfant perd une centaine de grammes, le second et le troisième jour, même perte de poids. La courbe est verticalement descendante. On a beau changer l'allaitement, donner du lait d'ânesse ou d'une autre femme, l'enfant dépérit tous les jours et s'achemine rapidement vers la mort.

D'autres fois la courbe n'est pas tout à fait verticale et descendante, elle peut subir pour un jour un temps d'arrêt. Mais cet arrêt n'est que momentané et la descente reprend, trace sur le graphique de grandes oscillations accusant après un gain de 25 grammes, une nouvelle perte de 100 ou 120 grammes. Le résultat est la mort au bout de six à dix jours.

Ceci se passe immédiatement après la naissance, ce qui n'est pas toujours le cas. On voit, en effet, des nourrissons qui, dans les dix ou douze premiers jours de leur existence, offrent une courbe de poids normale, puis subitement le douzième, le quinzième jour, l'augmentation s'arrête ; la courbe fait plateau, l'enfant reste stationnaire pendant une ou deux semaines. Petit à petit l'amaigrissement apparaît, la peau se plisse, les sutures du crâne se rétrécissent et les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre. L'enfant prend alors l'aspect d'un atrepsique. Il ne présente, néanmoins, pas de diarrhée,

pas de vomissements et meurt sans aucun symptôme bruyant.

Parfois les choses marchent plus vite, en cinq ou six jours l'enfant a perdu le gain des premières semaines et il meurt presque subitement sans avoir eu le temps de se cachectiser.

Or, de toutes les façons, que ce soit immédiatement après la naissance ou quelques jours après, il se produit une diminution constante du poids de l'enfant. « Cette diminution de poids, dit M. Boissard (1), n'est expliquée par aucune manifestation morbide apparente. L'examen clinique de tous les appareils est négatif; les digestions se font bien, il n'y a ni vomissements ni diarrhée; sauf en cas de suralimentation, ce qui se se produit fréquemment, car en face de cette perte de poids quotidienne, que rien ne semble expliquer on est tenté d'incriminer une insuffisance alimentaire, d'autant plus que ces enfants ont l'air de ne pouvoir se rassasier et de mourir de faim. Ils peuvent prendre en effet une quantité anormale de lait, très supérieure à celle qui physiologiquement est en rapport avec leur poids: et malgré cette quantité anormale de lait ingéré, la chute du poids ne se produit pas moins; il y a, en un mot, un *état paradoxal* entre la quantité de lait ingéré et la courbe alimentaire. C'est donc bien l'assimilation, la nutrition qui ne se fait pas ou se fait mal. De nos recherches nous avons été amené à penser que cet état paradoxal pouvait être *la manifestation d'une tare, de la*

1. Soc. D'OBSTÉTRIQUE de Paris, 17 mars 1904.

syphilis héréditaire atténuée qui ne serait caractérisée que par cette dystrophie ou inaptitude à augmenter de poids. »

Est-il possible de trouver un critérium qui justifie ce que la courbe alimentaire permet de soupçonner ? Assurément, et ce critérium c'est le traitement mercuriel qui le fournit.

En effet si, en présence de cette chute continue du poids, on institue le traitement, on voit se produire, presque de suite, du jour au lendemain, une ascension de la ligne du poids, si la dose de mercure administrée est suffisante. Cet effet du traitement est si réel chez les nouveau-nés en état d'hérédo-syphilis latente, que si l'on veut faire la contre-épreuve en supprimant, soit les frictions mercurielles, soit les gouttes de liqueur de Van Swieten, on voit immédiatement la courbe fléchir, le poids rester stationnaire sinon diminuer de nouveau. Qu'on reprenne alors le traitement et l'ascension se manifeste de nouveau. Les graphiques établis à cet égard par Pouzol et par Devé sont des plus démonstratifs.

Cependant il arrive parfois que l'augmentation de poids ne suive pas l'administration du traitement. Doit-on en conclure de suite que cette « *inaptitude à augmenter de poids* » n'est pas due à l'hérédo-syphilis ? C'est qu'alors, les doses de mercure sont insuffisantes ; car si on les augmente on en constate immédiatement les effets bienfaisants.

Pourquoi le traitement, qui est si souvent la pierre de touche pour des lésions indéterminées chez les adul-

tes, n'agirait-il pas d'une manière identique chez des nouveau-nés hérédo-syphilitiques ? Ce sont les résultats excellents obtenus du traitement, par M. Boissard depuis plusieurs années, qui l'ont confirmé dans son opinion et qui nous autorisent à notre tour à attribuer une valeur diagnostique de la plus haute importance à une courbe alimentaire anormale que vient immédiatement rectifier un traitement mercuriel énergique.

Et cela, d'autant mieux, que nous avons observé des nouveau-nés chez la mère desquels, la syphilis était déjà soupçonnée, qui présentaient les mêmes perturbations dans la nutrition. Chez ces enfants le traitement institué, fournit les meilleurs résultats.

Mais pour que le traitement soit à la fois révélateur et efficace, il doit réaliser deux conditions essentielles : être suffisamment énergique et suffisamment prolongé. En effet, si on choisit la liqueur de Van Swieten, il ne faut pas se contenter de X gouttes par jour, il faut donner d'emblée à l'enfant de trois ou quatre jours XX gouttes et ne pas craindre de porter rapidement la dose à XL ou L gouttes. Si le traitement par la voie gastrique ne réussit pas, si l'on voit survenir diarrhée et vomissements, on devra recourir aux frictions à l'onguent mercuriel et, au besoin, aux injections hypodermiques.

Ces doses de sublimé qui paraissent considérables en raison du poids et de l'âge de l'enfant sont parfaitement tolérées. Ce qui, d'une façon générale, répond à ce qu'affirme M. Fournier, en disant que le mercure n'est pas

« administré à sa dose vraie, à sa dose efficace », ou encore « qu'on a peur de lui ».

Le traitement sera prolongé, c'est-à-dire, que, sans être continu, il sera administré tant que son interruption régulièrement pratiquée, se traduira par une perte de poids. Qu'il s'agisse d'ailleurs de la quantité de mercure ou du temps pendant lequel on doit la prescrire, c'est la courbe des poids pris tous les jours, qui sera le seul et le meilleur moyen de jugement.

Nous allons donner quelques observations concernant des enfants, dont la courbe alimentaire, permet, à elle seule, de faire le diagnostic d'hérédo-syphilis. Dans les deux premières la spécificité avait été entrevue, chez deux multipares, par une suite d'avortements et d'accouchements prématurés. On pourra, en comparant ces deux observations avec les suivantes, constater combien les courbes sont analogues et combien l'effet du traitement est identique.

OBSERVATION LXX (*Tracé n° 1*).

B..., Léontine, 34 ans, VIII pare. Chez cette femme on ne relève aucun stigmate de syphilis. Elle a eu trois grossesses d'un premier mari, qui se sont terminées, toutes trois, par des accouchements à terme d'enfants vivants. Ces trois enfants sont morts à 6 et 4 ans, le dernier à 5 mois; la mère ne sait pas au juste de quelles maladies.

Le deuxième mari fait immédiatement sentir son influence néfaste.

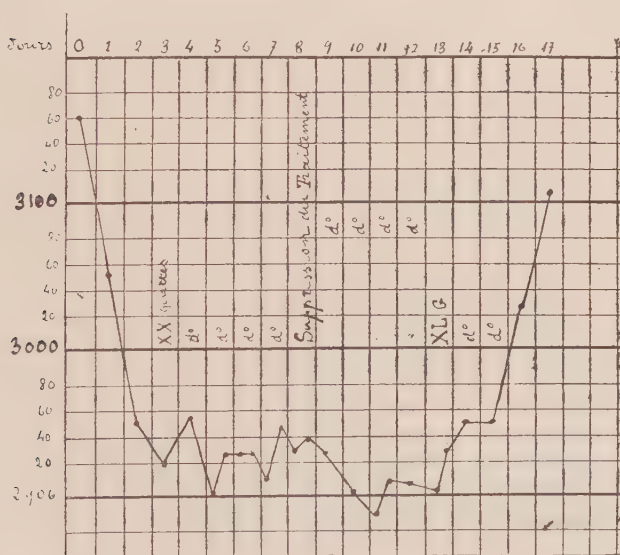
Quatrième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort et macéré.

Cinquième grossesse : accouchement de 5 mois.

Sixième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort et macéré.

Septième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort et macéré.

Huitième grossesse : actuelle D. R. 28 octobre 1904.



La femme est entrée à la Maternité le 10 août 1905, à terme et en travail. Accouchement d'un enfant vivant pesant 3.160 gr., ne portant aucun signe d'hérédo-syphilis.

Délivrance naturelle et complète, placenta pesant 430 grammes.

L'enfant est mis au sein le deuxième jour, il perd 110 gram-

mes; le troisième jour, 100 grammes; le quatrième jour, 45 grammes.

En présence de cette chute continue du poids et des antécédents de la mère, on lui donne XX gouttes de liqueur de Van Swieten. Immédiatement il regagne 50 grammes. Mais la courbe fait plateau. Le treizième jour, on donne XL gouttes et la courbe devient rapidement ascendante.

L'enfant sort le dix-septième jour pesant 3.110 grammes. (Tracé n° 1).

OBSERVATION LXXI

S..., Irène, 26 ans, VII pare.

Aucun stigmate de spécificité. La première grossesse est d'un premier père, elle se termine par un accouchement à terme d'un enfant vivant, mort un mois après.

Les six grossesses suivantes sont d'un deuxième père; elles comptent trois avortements de 5 mois, et deux accouchements prématurés à 7 mois d'enfants morts et macérés.

Septième grossesse actuelle. D. R. 4-7 janvier 1905.

Depuis le mois d'avril la femme est au traitement, elle reçoit deux piqûres d'huile biiodurée par semaines.

Entrée le 3 septembre à la Maternité, la dilatation est complète.

Accouchement prématuré à 8 mois, d'une fille vivante pesant 2.010 grammes, paraissant saine.

Délivrance naturelle et complète, placenta; 350 grammes.

Le troisième jour, l'enfant a perdu 125 grammes. On lui donne XV gouttes de sublimé. La chute du poids continue; le quatrième jour, nouvelle perte de 40 grammes.

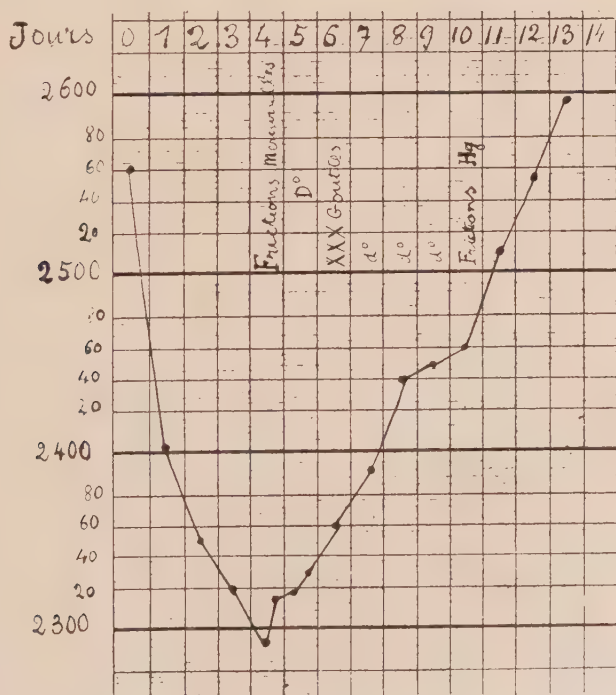
L'enfant se cachectise, il fait le cinquième jour une ascension de 20 grammes et meurt.

OBSERVATION LXXII (Tracé n 2).

L... Marie, 27 ans, 1^{er} pare.

Aucun stigmate de spécificité, cette femme dit n'avoir jamais été malade.

D. R. 20-25 août 1904. — Entre à la Maternité le 19 mai 1905. Présentation du sommet en D. T. Léger excès de liquide amniotique. Dilatation complète.



Accouchement près du terme d'une fille vivante pesant 2.560 grammes, paraissant en bonne santé.

Délivrance naturelle et complète, placenta : 520 grammes. Le

cinquième jour l'enfant pèse 2.280 grammes, soit une perte de 260 grammes. On fait à l'enfant une friction mercurielle. Elle est suivie le lendemain d'une augmentation de 25 grammes. La courbe restant presque stationnaire, on donne à l'enfant XXX gouttes de liqueur de Van Swieten. Le cinquième jour, l'enfant pèse 2.430 grammes.

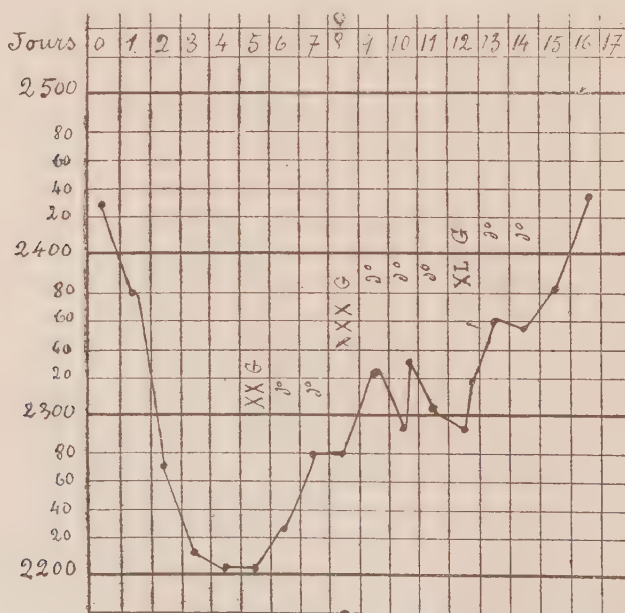
Au neuvième jour on institue de nouveau les frictions.

L'enfant quitte la Maternité le treizième jour pesant 2.600 gr., ayant dépassé son poids de naissance de 40 grammes.

OBSERVATION LXXIII (Tracé n° 3).

P..., Marie, 19 ans, I pare.

Aucun stigmate de spécificité, cette femme dit n'avoir jamais été malade.



D. R. 18-23 novembre 1904. — entrée à la Maternité le 20 juillet 1905, en menaces d'accouchement prématuré (gros-

gesse de 8 mois). L'utérus dépasse l'ombilic d'un travers de main. Excès de liquide amniotique. Sommet mobile non engagé.
Piquûre de morphine.

Accouchement à terme le 21 août, d'un garçon vivant, pesant 2.430 grammes, paraissant sain.

Délivrance naturelle et complète, *placenta* : 490 grammes.

L'enfant mis au sein le deuxième jour, pèse 2.220 grammes le troisième jour, soit une perte de 210 grammes.

La mère est bonne nourrice. Pendant deux jours la courbe fait plateau.

Le cinquième jour, XX gouttes de liqueur de Van Swicten, l'enfant regagne 80 grammes. La courbe oscille. On donne XXX puis XL gouttes.

L'enfant quitte la Maternité le dix-septième jour pesant 2.450 grammes.

OBSERVATION LXXIV

R... Julie 42 ans, Ipare.

Femme d'apparence chétive, mais ne présentant aucun stigmate de spécificité. Aurait été soignée à Saint-Louis, il y a treize ans pour un psoriasis.

Accouche à la Maternité le 13 avril 1905 à terme, d'un enfant vivant pesant 3.160 grammes.

Cet enfant, d'apparence sain, perd rapidement son poids. Il n'est pas mis au traitement ; on lui donne successivement du lait d'ânesse, d'une nourrice, et du lait stérilisé. Il quitte la Maternité pesant 2.780 grammes le 24 avril.

Il est au biberon ; la mère le ramène le 3 mai, portant un

abcès ouvert spontanément, au niveau de la sixième côte gauche sur la ligne axillaire. L'enfant pèse alors 2.850 grammes. Il se forme au niveau de la plaie une escarre noirâtre, sèche, sans tendances à la cicatrisation. Le 16 mai, 3.050 grammes, l'escarre est tombée, il reste une plaie violacée, végétante, torpide.

On donne alors XXX gouttes de sublimé à l'enfant. Au bout de huit jours la plaie était cicatrisée. Voici la liste des poids pris, pendant un an, par M. Devé à la consultation des nourrissons.

16 mai	3050	grammes	XXX	gouttes.
6 juin	3230	—		gouttes supprimées.
13 —	3020	—	XL	gouttes.
20 —	3150	—		gouttes supprimées.
27 —	3170	—	XL	gouttes.
4 juillet	3330	—		suppression des gouttes.
11 —	3430	—		—
18 —	3460	—	XL	gouttes.
25 —	3500	—		suppression des gouttes.
1 ^{er} août	3350	—		—

Pendant deux mois et demi la mère ne vient pas à la consultation.

17 octobre	4670	grammes	IV	gouttes.
25 —	4680	—		suppression des gouttes.

Nouvelle absence d'un mois et demi.

12 décembre 5850 grammes on ne donne plus de sublimé.

9 janvier 1906 6370 grammes.

30 — 6930 grammes.

Absence de deux mois et demi.

4 avril 7380 grammes.

L'enfant est alors en bon état, les digestions sont parfaites. Il a deux incisives inférieures médianes, elles portent des crénelures

CHAPITRE XI

IMPRÉGNATION MATERNELLE

S'il est un facteur, dont il semble nécessaire de tenir compte dans la recherche de l'hérédité syphilitique, c'est bien le facteur paternel. Malheureusement, c'est bien celui qui fait le plus souvent, pour ne pas dire toujours, défaut, quand on fait porter des recherches sur la clientèle hospitalière. Deux fois, sur les quatre-vingt-quatorze femmes, que nous avons vu passer sous nos yeux entachées de syphilis en elles-mêmes ou dans leurs enfants, deux fois nous avons eu des renseignements sur la santé du père. Et encore quels renseignements ! La femme avait remarqué que son mari avait des rougeurs sur le corps ; et c'est tout ! Les femmes si forcément ignorantes de leur santé, le sont encore bien plus de celle de l'homme avec lequel elles cohabitent, plus ou moins.

A l'hôpital, on ne peut procéder comme en ville, où l'on rencontre toute la famille, où il est possible de prendre le mari à part et de l'interroger sur ces anté-

cédents. Ici, rien de semblable, le mari vient quelquefois voir sa femme aux heures des visites ; il est à peu près impossible de l'interroger ; quand on tente de le faire, on est exposé à essuyer plus d'une fois des dénégations, qui, pour être formelles, n'en sont pas moins sujettes à caution. Dans ces cas, encore, il s'agit de ménage à peu près régulier ; mais dans combien de cas le père est-il inconnu ; dans combien de cas ne s'agit-il que d'un oiseau de passage, ayant laissé à la malheureuse, qui vient échouer à l'hôpital, grossesse et infection. A côté du père inconnu se range encore le père disparu, celui qui s'éclipse aussitôt qu'il s'aperçoit de sa déplorable fécondité.

Néanmoins, il faut considérer deux éventualités, qui ont des valeurs différentes pour la recherche de la syphilis.

Première éventualité : il s'agit d'une femme, qui des œuvres d'un premier mari, a eu plusieurs grossesses ; grossesses menées à terme ; les enfants sont vivants. Puis survient un second mari qui rend sa femme grosse une ou plusieurs fois ; dès lors plus d'accouchement à terme, les avortements, les accouchements prématurés se suivent ; les enfants nés vivants sont incapables de survivre.

N'est-il pas légitime d'accorder à ces accidents survenant avec le second mari, la valeur d'une certitude. Qu'est-ce, sinon la syphilis, que cette femme a introduit dans le ménage ?

La seconde éventualité, plus intéressante, touche à l'un des plus intéressants problèmes de l'hérédité. Une

femme mariée une première fois, fait, coup sur coup avortements et accouchements prématurés, accouche d'enfants porteurs de pemphigus ou d'autres lésions non douteuses d'hérédosyphilis. Cependant elle n'a jamais présenté d'accidents cutanés ou muqueux. Cette femme, vraisemblablement en état de syphilis latente, se remarie avec un homme supposé sain, elle devient enceinte. Or, qu'advient-il de ces nouvelles grossesses? Des avortements des accouchements prématurés, des enfants incapables de survivre.

Ce phénomène, constitue la télégonie ou imprégnation maternelle, encore appelé hérédité d'influence.

Sans nous appesantir sur l'historique de l'imprégnation maternelle, nous pouvons rappeler que le premier Hippocrate l'avait observée. Mais ce phénomène était de notion courante chez les éleveurs et les vétérinaires du XVIII^e siècle. Tous savaient qu'une chienne de race, couverte pour la première fois par un mâtin, donnait aux portées suivantes, même issues d'un chien de race, des petits qui présentaient des caractères rappelant le mâtin.

Ce phénomène n'est pas spécial à la race canine, les bovidés et les équidés en présentent de nombreux exemples. La race humaine, en dehors de toute influence pathologique, n'échappe pas à cette loi; tel l'exemple de ces femmes blanches, qui après avoir eu un enfant d'un nègre, donnaient naissance, lorsqu'elles étaient fécondées par un blanc, à des enfants sur le corps desquels on retrouvait quelques taches de pigment noir.

Des théories destinées à expliquer ces faits, les unes

sont fantaisistes, les autres ne reposent sur aucun fait évident. Parmi ces dernières, deux ont subsisté quelque temps ; ou bien au moment de la première fécondation il y aurait une fécondation imparfaite de quelques ovules contenus dans l'ovaire ; ou bien il y aurait une fécondation parfaite et l'ovule attendrait des conditions meilleures pour se développer.

C'est alors que survient une autre explication rationnelle, celle-ci, de l'imprégnation maternelle, dont la syphilis démontre le bien fondé tous les jours. C'est la théorie de l'infection ou de l'imprégnation de la mère par son fœtus ; celle-ci gardant dans son organisme, les traces du passage de celui-là.

Dans combien de cas, en fait de syphilis, est-on en présence d'une infection directe, combien de fois retrouve-t-on l'accident initial, ou seulement « ce témoin posthume », le bubon ? Bien rarement, en comparaison surtout du nombre considérable des conceptions entachées de syphilis.

L'enfant est donc procréé syphilitique par un père qui ne contagionne pas sa femme. L'enfant alors infecte sa mère, grâce aux connexions vasculaires intimes qui existent entre lui et elle au niveau du placenta.

Nous sommes loin, aujourd'hui, de la théorie du placenta, filtre parfait, établie par Brauell et Davaine. Comme l'ont montré les premiers Strauss et Chamberland, avec la bactériodie charbonneuse, le placenta n'est pas la barrière infranchissable qu'on croyait.

C'est alors que cette mère devient syphilitique sans avoir jamais présenté d'accident primitif, sans présen-

ter, peut-être, dans tout le cours de son existence aucune manifestation secondaire ou tertiaire. Elle est atteinte de cette syphilis générale d'emblée, ou décapitée de M. Fournier, de cette syphilis conceptionnelle si magistralement aperçue et décrite par Diday.

Dès lors, plus n'est besoin d'invoquer la possibilité du chancre utérin et l'on s'explique aisément que cette femme infectée par voie sanguine soit et demeure syphilitique, et par suite, transmette, à son tour par voie sanguine à de nouveaux fœtus une syphilis dont le père ne soit pas responsable.

La syphilis conceptionnelle, de même qu'elle éclaire le problème de l'hérédité d'influence, qu'elle donne par analogie l'explication de la télégonie chez les animaux fournit à la loi de Baumis sa démonstration.

Si la mère, qui semble avoir échappé à l'infection syphilitique, peut, sans danger de contamination, allaiter son nourrisson syphilitique, c'est qu'elle est déjà en puissance de syphilis, d'une syphilis dont ce même nourrisson a été le véhicule, et qui n'en a pas moins agi comme aurait agi une vaccination.

La connaissance de la réalité de l'imprégnation maternelle soulève une question pour ainsi dire sociale et médico-légale.

Quelle devra être l'attitude du médecin appelé auprès d'une femme ayant fait des avortements à répétition, lors d'un premier mariage, par conséquent soupçonnée de syphilis, et enceinte de nouveau des œuvres d'un second mari parfaitement sain. Le médecin devra-t-il instituer le traitement mercuriel et du même coup

révéler au mari le mal de sa femme et les accidents qui menacent sa progéniture. Ou bien le médecin devrait-il garder le silence et s'abstenir de toute médication, livrant ainsi les grossesses aux hasards d'une hérédité suspecte ?

La situation est pénible et, quelle que soit l'attitude que le médecin adopte, les conséquences qui pourront résulter, de son intervention ou de sa passivité, sont si graves et si lourdes, qu'il nous semble impossible de proposer une solution radicale. Peut-être pourrait-on, dans certains cas, et, dans certains milieux, adopter une solution intermédiaire, consistant dans la prescription d'un traitement clandestin. Cette solution est assurément mauvaise, mais que faire en pareils cas ?

Trois observations résumées de femmes accouchant prématurément à la suite d'un changement du facteur paternel.

OBSERVATION LXXV

D... Marie, 40 ans, IV pare.

Aucun antécédent spécifique appréciable.

D'un premier père. — Première grossesse, gémellaire. Accouchement près du terme, enfants vivants, morts en bas âge.

Deuxième grossesse. Accouchement à terme, enfant vivant, mort en bas âge.

Troisième grossesse. Accouchement à terme, enfant vivant.

D'un deuxième père. — Quatrième grossesse. Actuelle. D.R. 28 juin 1904. Accouchement à terme le 1^{er} avril 1905. Fille morte et macérée pesant 3.200 grammes *Placenta*: 680 grammes

OBSERVATION LXXVI

M... Romaine, 32 ans, VI pare.

Aucun stigmat de spécificité.

D'un premier père. — Deux grossesses à terme d'enfants actuellement vivants.

Du deuxième père. — Trois avortements de deux à quatre mois.

Sixième grossesse, actuelle. D. R. 28 janvier 1905. Avortement de 2 mois 1/2, le 11 avril. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION LXXVII

H... Albertine, 32 ans, IX pare.

Aucun stigmat de spécificité.

D'un premier père. — Six grossesses à terme. Enfants vivants, trois actuellement bien portants.

Du deuxième père. — Deux avortements de trois mois.

Neuvième grossesse : actuelle. D. R. 9 août 1905. Avortement de 3 mois le 15 novembre.

Observations de femmes ayant présenté des accidents d'origine syphilitique, au cours de précédentes grossesses, œuvres d'un premier mari et présentant les mêmes accidents au cours de grossesses provenant d'un second mari.

OBSERVATION LXXVIII

B... Gabrielle, 21 ans, IV pare.

Pas de stigmates de spécificité.

D'un premier père. — Première grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse. Accouchement à terme, enfant mort et macéré.

Troisième grossesse. Accouchement à terme, enfant vivant portant du pemphigus des pieds et un développement exagéré de l'abdomen, par l'ascite. Mort le douzième jour.

Du deuxième père. — Quatrième grossesse. Actuelle. D. R. 27 avril 1905. A senti remuer au mois d'août. Entre à la Maternité le 4 décembre, parce qu'elle ne sent plus remuer depuis quinze jours. Utérus à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, ballottement céphalique dans l'hypochondre droit. Sensations confuses. On n'entend pas les bruits du cœur. Enfant mort. Grossesse de 8 mois.

Application du gros Ballon de M. Boissard le 6 décembre. Expulsion le 7 d'un enfant mort et macéré pesant 1250 grammes. Liquide amniotique vert et fétide.

Délivrance naturelle et complète, *placenta pesant 320 grammes.*

OBSERVATION LXXIX (*Résumée*).

B... Marie, 32 ans, III pare. Aucun stigmate de spécificité.

D'un premier père. — Première grossesse en 1901 : accouchement à terme d'une fille vivante.

Deuxième grossesse en 1904 : avortement de 2 mois.

Du deuxième père. — Troisième grossesse : actuelle. D. R. octobre 1904. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 le 13 juin 1905, d'un garçon mort et macéré pesant 1530 grammes. Délivrance naturelle incomplète. *Placenta* : 720 grammes.

OBSERVATION LXXX (*Résumée*).

B... Blanche, 29 ans, IV pare. Aucun stigmate de spécificité.

D'un premier père. — Première grossesse : avortement de 2 mois 1/2.

Deuxième et troisième grossesses: Accouchements prématurés à 7 mois, enfants morts et macérés.

Du deuxième père. — Quatrième grossesse : actuelle. D. R. 18 août 1904. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 le 9 avril 1905. Fille morte pendant le travail, présentant une large desquamation des pieds et des mains, pesant 1650 grammes. *Placenta* : 330 grammes.

OBSERVATION LXXXI (*Résumée*).

H... Suzanne, 29 ans, VI pare. Aucun antécédent, aucun stigmate de spécificité.

D'un premier père. — Trois accouchements prématurés d'enfants morts et macérés.

Du deuxième père. — Deux avortements de 3 mois.

Un accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort et macéré.

OBSERVATION LXXXII (*Résumée*).

L... Julie, 31 ans, IV pare.

Aucun stigmate de spécificité.

Du premier père. — Trois grossesses. Deux avortements et un accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

Du deuxième père. — Quatrième grossesse actuelle. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2.

OBSERVATION LXXXIII

L... Marie, 37 ans, IV pare.

Pas d'antécédents cutanés ou muqueux. Aucun stigmate de spécificité.

D'un premier père. — Première grossesse : accouchement à terme, enfant vivant, bien portant actuellement.

Deuxième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant mort et macéré.

Troisième grossesse : avortement de 5 mois, enfant mort et macéré.

Du deuxième père. — Quatrième grossesse actuelle. D R, ignorées. Utérus à l'ombilic. Avortement de 5 mois ? premier temps fait en ville le 20 janvier.

Entrée à la Maternité le 25 pour rétention placentaire. Curage digital. Extraction par morceaux de 80 grammes de placenta. Ecouvillonnage. Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION LXXXIV

B... Eugénie, 32 ans, IV pare. Ne porte sur elle aucun stigmate de spécificité.

Trois pères différents, X..., Y... et Z... ; aurait remarqué chez le père Z..., une éruption rouge occupant le tronc.

Du premier père X... — Première grossesse : accouchement spontané à terme. Enfant vivant, bien portant.

Du deuxième père Y.... — Deuxième grossesse : accouchement à terme, enfant vivant bien portant.

Du troisième père Z.... — Troisième grossesse : accouchement près du terme d'un enfant vivant diagnostiqué syphilitique à la Maternité, et mort à 11 mois.

Du deuxième père Y.... — Quatrième grossesse : actuelle. D. R. 26 avril 1905. Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant vivant pesant 2.870 grammes, en apparence sain.

Délivrance naturelle et complète. *Placenta* : 540 grammes.

Enfant mis au traitement. Sorti le dixième jour pesant 2.755 grammes.

OBSERVATION LXXXV (*Résumée*).

C... Jeanne, 38 ans, IV paré. Venue à la consultation après son accouchement. Aucun stigmate de spécificité.

Du premier père. — Première grossesse : accouchement avant terme, enfant vivant. Mort rachitique (?) à 18 mois.

Deuxième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois, enfant vivant. Mort à 8 jours.

Troisième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort et macéré.

Du deuxième père. — Quatrième grossesse : 18 mai 1905. Accouchement à terme le 25 février d'une fille vivante pesant 2.706 grammes. *Pemphigus des pieds et des mains*. Morte le troisième jour,

CHAPITRE XII

PRONOSTIC. LE TRAITEMENT ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC.

De la multiplicité des formes que peut affecter la syphilis, dans ses rapports avec la gestation et l'hérédité, tels que nous avons pu les observer pendant une année, il ressort pour nous un enseignement assez sombre, à la vérité ; c'est la mortalité considérable qui frappe les fœtus et les enfants. Qu'il s'agisse de contagion directe avec manifestations primaires et secondaires, qu'il s'agisse de syphilis par conception, le résultat au point de vue de la génération reste sensiblement le même. Les accouchements prématurés suivent les avortements, les naissances d'enfants inaptes à la vie succèdent aux naissances à terme des enfants morts. Aussi en présence de tant de vies perdues, ne peut-on s'empêcher de porter un pronostic du plus réservé quant au sort des grossesses survenant chez les syphilitiques. Le pronostic est d'autant plus sombre, que dans le milieu hospitalier, nous nous trouvons en présence de femmes, pour qui un ou plusieurs avortements sont des événements de peu d'importance, que le plus sou-

vent, elles ne viennent pas consulter après leur fausse couche.

Alors que doivent-elles attendre des grossesses suivantes ? La même terminaison. Elles s'en remettent inconsciemment au soin du temps, qui viendra petit à petit atténuer les effets funestes de leur diathèse. Mais que d'aléas et que de risques !

Si nous nous rappelons les observations citées au début, nous voyons que pas une seule, parmi les femmes récemment contagionnées, ne donne un enfant vivant ; une seule, grâce au traitement, conduit sa grossesse près du terme pour mettre au monde un enfant qui meurt au bout de trois jours, d'hémorragie. Combien de temps cette femme, et toutes les autres attendront-elles, combien de fois deviendront-elles enceintes, pour pouvoir donner enfin le jour à un être vivant et bien portant ?

Si l'action corrective du temps est indiscutable, il n'en est pas moins vrai qu'il est impossible de fixer une limite au delà de laquelle la syphilis ne fait plus sentir son influence héréditaire morbide.

M. Fournier dit, en effet, que « même dans ses étapes avancées, la syphilis peut conserver encore son levain de transmission héréditaire. Il existe très positivement, ajoute-t-il, ce qu'on peut appeler une hérédité syphilitique à long terme. Pas de contradiction possible, que la syphilis, même sur ses vieux jours, reste encore susceptible d'exercer son néfaste pouvoir de transmission héréditaire (1) ».

1. FOURNIER. *L'hérédité syphilitique*.

Il est donc incontestable que la syphilis livrée à elle-même, par ignorance, par indifférence ou mauvaise volonté à se soigner de la part de la femme, reste d'un pronostic très réservé pour les grossesses à venir.

Les observations qui suivent nous montrent combien de temps ces femmes ont dû attendre pour avoir un enfant vivant. Elles se sont livrées au bon plaisir de leur syphilis.

OBSERVATION LXXXVI

H... Marie, 24 ans, VI pare.

Même père pour toutes les grossesses. Syphilis ignorée
Aucun stigmaté.

Première grossesse : avortement de 4 mois.

Deuxième grossesse : avortement de 2 mois 1/2.

Troisième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois,
enfant mort et macéré.

Quatrième grossesse : accouchement à terme, enfant vivant,
mort à 4 mois.

Cinquième grossesse : Accouchement à terme, enfant vivant,
Mort à dix mois,

Sixième grossesse : actuelle, accouchement à 8 mois 1/2,
enfant vivant, pesant 3.180 grammes paraissant sain. Indemne
de syphilis héréditaire précoce. *Placenta : 630 grammes.*

OBSERVATION LXXXVII

Ch... Hélène, 49 ans, VII pare.

Syphilis inconnue et non traitée, toutes les grossesses sont du même père.

Première grossesse : accouchement à 8 mois, enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse : avortement de 2 mois 1/2.

Troisième grossesse : accouchement à terme, enfant vivant mort à 6 mois.

Quatrième et cinquième grossesses : accouchements à terme d'enfants vivants.

Sixième grossesse : accouchement à terme, enfant mort à 7 ans.

Septième grossesse : actuelle, accouchement prématurée à 8 mois 1/2 le 11 novembre 1995. Fille vivante pesant 2.790 gr.

Placenta : 390 grammes.

OBSERVATION LXXXVIII

B... Marie, 38 ans, VI pare. Même père pour toutes les grossesses. Syphilis inconnue, Aucun stigmate.

Première grossesse : accouchement prématuré à 8 mois. fille vivante Morte à 3 mois.

Deuxième grossesse : accouchement à terme, fille morte à 6 mois.

Troisième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort et macéré.

Quatrième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois 1/2, enfant mort et macéré.

Cinquième grossesse : accouchement à terme, fille vivante.

Sixième grossesse : actuelle, accouchement prématuré à 8 mois, le 7 janvier 1906. Fille vivante pesant 2.270 grammes.

Placenta : 480 grammes.

Quitte la Maternité le onzième jour, pesant 2.180 grammes, au traitement.

Il reste heureusement un élément qui vient réformer le pronostic en modifiant l'hérédité syphilitique elle-même. C'est le traitement.

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter les paroles du professeur Fournier sur les effets bienfaisants du traitement mercuriel : « Extraordinaire (1), dit-il, est l'action exercée par le traitement spécifique, sur l'hérédité spécifique, qu'il atténue, qu'il corrige, qu'il maîtrise même parfois absolument. Et cette action nous n'en sommes plus surpris, nous ne l'admirons plus comme nous devrions l'admirer, par ce seul fait qu'elle se prodigue, qu'elle s'impose à nous d'une façon habituelle.

... Je le répète très positivement, le mercure réalise en l'espèce des résultats qui tiennent du prodige, et de plus, ces prodiges, il ne les produit pas pour une fois, de temps à autre, par exception, il les accomplit journellement, usuellement, c'est pour lui le fait habituel, presque la règle. »

M. Fournier cite des exemples irrécusables. Il pourrait citer par milliers de ces ménages ravagés par la syphilis, et qui, sous l'influence du traitement, voient cesser les accidents de la grossesse, voient les enfants naître sains, et grandir indemnes de toute tare.

Les faits ont leur éloquence, aussi allons-nous, de notre côté, apporter quelques observations, trop peu nombreuses à notre gré, des effets bienfaisants et immédiats du traitement. Il s'agira de femmes devant leur

1. FOURNIER, *L'hérédité syphilitique*, chap, XIII, p. 127.

syphilis à la contagion directe, de femmes en état de syphilis latente, infectées par leurs précédents fœtus.

Dans quelques cas, enfin, le traitement a été la pierre de touche, la certitude apportée à un diagnostic encore hésitant. C'est dire tout le mérite de la thérapeutique, qui joint au bienfait d'atténuer l'hérédité nocive, celui, et non des moindres, de donner au médecin un nouvel élément de diagnostic.

Grâce au traitement le pronostic s'éclaire, l'espoir revient de voir cesser les avortements à répétition, de voir naître des enfants sains. Aussi la conclusion logique est-elle celle-ci : faire le plus tôt possible, le diagnostic rétrospectif d'une syphilis jusqu'alors ignorée, afin de pouvoir instituer le traitement. Chez la femme enceinte appliquer le traitement même quand le diagnostic est hésitant, même quand il repose sur le minimum de symptômes.

OBSERVATION LXXXIX

(Syphilis connue, traitée. Accouchement à terme).

R..., Julie, 20 ans, III pare. Même père.

Première grossesse : avortement de 3 mois 1/2.

Deuxième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois. Enfant mort et macéré.

A l'époque de sa première grossesse, la femme R..., aurait remarqué une éruption sur sa poitrine, devant être la roséole. Elle n'a pas la notion de l'accident primitif. Elle aurait eu ensuite des plaques muqueuses de la bouche et aurait perdu ses cheveux.

Troisième grossesse; actuelle : D. R. 5 au 10 juin 1905. Vient à la consultation en décembre (grossesse de 6 mois). Traitement par les piqûres d'huile biiodurée (4 millig. par cc.) une tous les deux jours.

Entrée à la Maternité le 4 février 1906 pour rupture prématurée des membranes (grossesse de 7 mois 1/2). La femme sent remuer, on perçoit les bruits du cœur. Utérus vide d'eau, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Accouchement spontané le 5 février. Fille vivante pesant 1.560 grammes. Ne présentant pas de lésions spécifiques.

Placenta pesant 340 grammes,

Enfant mis au traitement, XV puis XX gouttes de liqueur de Van Swieten.

Sorti le douzième jour pesant 1.520 grammes.

OBSERVATION XC.

B..., Jeanne, 25 ans, IV pare. Même père.

Première grossesse : Accouchement en 1901, à terme d'un enfant vivant, mort à 8 mois de broncho-pneumonie.

Deuxième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort et macéré, février 1904.

Troisième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort et macéré, novembre 1904.

Quatrième grossesse : actuelle. Vient pour la première fois à la consultation en août 1905.

D. R. 20-26 juillet. L'interrogatoire ne permet de déceler aucun accident connu de la femme. On trouve quelques ganglions inguinaux indurés, une syphilide pigmentaire du cou.

très-nette. La femme est extrêmement anémiée. Traces d'albumine. Cachexie spécifique.

Traitement par les piqûres d'huile biiodurée, deux par semaine, pratiqué jusqu'en décembre. A cette époque la femme ne revient plus.

Elle revient le 6 mars 1900. Grossesse de 8 mois ; reprise du traitement. L'état général est amélioré.

Entre à la Maternité le 30 mars. Sommet non engagé en D. A Bruits du cœur, bons. Léger excès de liquide.

Accouchement spontané, à terme le 29 avril. Garçon vivant pesant 3.080 grammes. Bien constitué, ne portant aucune tare de syphilis héréditaire.

Délivrance naturelle et complète. *Placenta pesant 570 grammes.*

Sorti le treizième jour en bon état, pesant 3.400 grammes, nourri au sein.

OBSERVATION XCI.

F... Claire, 25 ans, VIII parc. Même père pour toutes les grossesses.

Première grossesse en 1899 : avortement de 3 mois 1/2.

Deuxième grossesse en 1900 : accouchement prématuré à 6 mois, enfant mort et macéré.

Troisième grossesse en 1901 : accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort et macéré.

Quatrième grossesse en 1902 : accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort et macéré.

Cinquième grossesse en 1903 : accouchement à terme, enfant mort et macéré.

Sixième grossesse en 1904 : accouchement à terme, enfant mort et macéré.

Septième grossesse en 1905 : accouchement à terme, enfant vivant, chétif, mort à 6 mois.

Huitième grossesse : actuelle. D. R. 20-25 mai 1905.

Traitement par le sirop de Gibert, institué au troisième mois de la grossesse.

Grossesse gémellaire : premier fœtus, présentation du siège, décomplété, mode des fesses.

Deuxième fœtus : présentation de l'épaule.

Accouchement prématuré à 8 mois, le 3 janvier 1906. Premier fœtus, garçon vivant, 1.690 grammes. Siège.

Deuxième fœtus : épaule gauche, procubitus du cordon, version podalique, extraction d'un garçon vivant pesant 1.700 grammes.

Les deux enfants sont bien constitués, ne présentent aucune tare hérédo-syphilitique.

Délivrance naturelle et complète d'une seule masse placentaire, cloison formée par deux chorions et deux amnios. Poids : 550 grammes.

Enfants mis en couveuses, gavés. Sortis vivants de la Maternité le dixième jour, pesant, le premier : 1.800 grammes, le deuxième : 1.820 grammes.

OBSERVATION XCII

Ch..., Geneviève 31 ans, V pare, Toutes les grossesses sont du même père.

Aucun stigmat de spécificité appréciable.

Première grossesse en 1896 : accouchement à terme, enfant vivant, mort à 21 mois.

Deuxième grossesse en 1898 : accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort et macéré.

Troisième grossesse en 1900 : accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant mort et macéré.

Quatrième grossesse en 1903 : accouchement à terme, fille vivante.

Cinquième grossesse : actuelle. D. R. 2 mars. Traitement par les piqûres d'huile biiodurée depuis le mois de juillet (4^e mois de la grossesse) ; interrompu pendant un mois, en novembre.

Accouchement près du terme le 3 janvier 1906.

Enfant vivant pesant 2.940 grammes bien constitué. Placenta : 450 grammes.

OBSERVATION XCIII

T..., Sylvie, 28 ans, IV pare. Toutes les grossesses sont du même père.

Premièrement grossesse : avortement de 5 mois 1/2.

Deuxième grossesse : avortement de 3 mois.

Troisième grossesse : accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort et macéré.

Quatrième grossesse : actuelle D. R. 20-25 décembre 1904 ; Traitement institué le 15 juin 1905 (6^e mois).

Accouchement à terme le 24 septembre ; fille vivante pesant 3680 grammes bien constituée. *Placenta* : 600 grammes.

Enfant parti le neuvième jour pesant 3.700 grammes.

OBSERVATION XCIV

Ch..., Albertine, 27 ans, II pare. Les deux grossesses sont du même père. Pas de stigmates de spécificité.

Première grossesse:hydramnios. Traitement depuis le sixième

mois. Accouchement à terme d'un enfant vivant, actuellement âgé de 2 ans.

Deuxième grossesse : actuelle, D. R. 15-19 août 1904. La femme est mise au traitement par le sirop de Gibert (2 cuillérées à soupe par jour) depuis le sixième mois.

Accouchement à terme le 21 mai 1905, d'un enfant vivant pesant 3480 grammes. *Placenta: 790 grammes.*

Enfant bien constitué, sans lésions spécifiques parti le dixième jour pesant 3.510 grammes.

Dans le service de M. Boissard, nous avons employé les injections intramusculaires de biiodure de mercure, en solution huileuse à la dose de 1 centimètre cube par piqûre; chaque centimètre cube contenant 4 milligrammes de biiodure, nous avons donné deux piqûres par semaine, avec interruption après une série de dix piqûres.

La voie intramusculaire a été employée de préférence à la voie gastrique, pour ménager le tube digestif des femmes enceintes, parfois très susceptibles.

Cependant nous avons administré le sirop de Gibert, surtout dans les cas de syphilis ancienne. Les deux méthodes nous ont donné de bons résultats.

Le traitement mercuriel, essentiellement prophylactique pour le fœtus, donne des résultats merveilleux. Il serait donc à souhaiter que toutes les femmes enceintes viennent aux consultations des maternités dès le début de leur grossesse. Un examen attentif des téguements, des muqueuses, comme des antécédents obstétricaux, permettrait-il de faire, quand il y a lieu, un dia-

gnostic précocement rétrospectif de la syphilis ? Par l'institution immédiate du traitement on n'aurait plus à enregistrer une proportion de mortalité de 71, 2 0/0 par an, du fait de la syphilis.

CONCLUSIONS

1° La syphilis, dans ses rapports avec la gestation, provoque une série d'accidents qui modifient le cours de la grossesse et lui impriment un caractère pathologique.

2° Elle frappe les embryons, les fœtus et les enfants d'une façon qui se traduit pour eux par une inaptitude générale à la vie.

3° Elle modifie l'aspect de la grossesse en provoquant l'hydropisie de l'amnios, accident fréquent, même chez les femmes récemment contagionnées.

4° Elle modifie le cours de la grossesse en provoquant des avortements et des accouchements prématurés qui se répètent à chaque grossesse, mais se rapprochant de plus en plus du terme à mesure que la syphilis vieillit.

5° Quand l'enfant naît vivant, il peut présenter des stigmates d'hérédo-syphilis précoce, pemphigus, lésions viscérales et vasculaires, pouvant entraîner la mort par cachexie ou par hémorragies graves multiples.

6° Si les enfants survivent, ils peuvent être en état de syphilis héréditaire latente ou atténuée, qui entrave leur développement normal et finit par causer leur mort sans qu'on puisse décèler aucun symptôme ni aucune altération viscérale spécifique.

7° La syphilis frappe également les membranes de l'œuf et le placenta. Le placenta est hypertrophié et présente des altérations histologiques.

8° L'examen microscopique a pu, dans certains cas, révéler dans les vaisseaux du placenta, la présence du spirochète pallida de Schaudinn. Sa présence est loin d'être constante et on le retrouve plus fréquemment dans les vaisseaux viscéraux de fœtus.

Ce sont ces symptômes et accidents qui permettent de faire le diagnostic de syphilis chez une femme qui n'a jamais présenté aucun accident de contagion, soit que les accidents du début soient passés inaperçus, soit qu'il s'agisse de syphilis conceptionnelle.

10° Le traitement institué dès le début de la grossesse permettra au fœtus d'aller à terme. Il pourra, dans certains cas, être un nouvel élément pour le diagnostic.

11° La proportion des femmes syphilitiques a été pour un an à la maternité de l'hôpital Tenon de 7,6 0/0; chez dix-huit femmes sur quatre-vingt-quatorze le diagnostic a été fait par la constatation d'accidents cutanés ou muqueux. Chez toutes les autres le diagnostic a été porté grâce à la connaissance des accidents de la grossesse et par les symptômes d'hérédo-syphilis précoce chez les nouveau-nés.

12° La proportion de la mortalité fœtale et infantile par syphilis s'est élevée à 71,2 0/0.

13° Les enfants sortis vivants de la Maternité doivent leur salut au traitement institué préventivement chez les mères, le diagnostic ayant été fait dès les premiers mois de la grossesse.

Vu : le Président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- P. BAR. — Recherches pour servir à l'étude de l'hydramnios. *Thèse de Paris*, 1881.
- BENOIST. — Des rapports entre l'embryon et le placenta dans l'avortement. *Thèse de Paris*, 1906.
- BERTIN. — Traité de la maladie vénérienne des nouveau-nés, Paris, 1810.
- BLAISE. — De l'hérédité syphilitique. (État actuel de la science). *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883.
- BLUM. — Influence de la syphilis sur la grossesse. *Gaz. med. de Strasbourg*, 1871-1872.
- BOISSARD. — *Société obstétricale de France*, le 9 avril 1899.
— *Société d'obstétrique de Paris*, février 1903.
— Conception syphilitique alternante. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, février 1903, n° 3.
- BOISSARD ET DEVÉ. — La nutrition chez les hérédosyphilitiques. Marche et valeur de la couche alimentaire. *Soc. d'obst. de Paris*, mars 1904.
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Les auto-intoxications de la grossesse. (Baillière 1899).
- BOUCHUT. — Traité pratique des maladies vénériennes des nouveau-nés. Paris 1852.
- BOUREAU. — Influence de la syphilis sur la grossesse. *Th. de Paris*, 1879.

- BROUARDEL ET GILBERT. — *Traité de Médecine*. Paris, 1897. Article *Syphilis*.
- BUDIN. — *Thèse d'agrégation*, Paris.
- BUDIN ET DÉMELIN. — Manuel pratique d'accouchements, 1904.
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — *Traité de médecine*. Paris, 1899. Art. *Syphilis*.
- CHASSAGNE. — Etude sur le traitement de la syphilis des nouveaux nés. *Th. de Paris*, 1904.
- CORNIL. — *Dict. Encycl. Sc. Méd.* Art. *Syphilis*. Anatomie pathologique.
- CORREA-DIAS. — *Thèse de Paris*, 1892.
- COUSIN. — De l'imprégnation de la mère ou télégonie. *Th. Paris*, 1904.
- DÉMELIN. — Hémorragies graves des nouveaux-nés, in *Traité des maladies de l'enfance*, GRANCHER, COMBY, MARFAN, 1896.
- DEPAUL. — Art. *Nouveau-né*, in *Dict. Encyc. Sc. méd.*
- D'ESPINE ET PICOT. — *Traité pratique des maladies de l'enfance*. Paris 1900.
- DIANU. — Syphilis chez les femmes enceintes. *Th. Paris*, 1868.
- P. DIDAY. — *Traité de la syphilis des nouveau-nés*. Paris, 1854.
- Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines de la syphilis, 1858.
 - La syphilis par conception (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. VIII, 1876-77).
 - Le péril vénérien dans les familles. Paris 1881.
- PAUL ET EMILE DIDAY. — Article. *Syphilis congénitale* in *Dict. Encyc. des Sciences. méd.*
- FRANCESCHINI. — Contribution à l'histologie pathologique de cordon ombilical dans l'hérédo-syphilis (syphilis. juillet 1904).
- A. FOURNIER. — L'hérédité syphilitique. Paris, 1891.
- Syphilis et mariage. Paris, 1880.
 - Nourrices et nourrissons syphilitiques, 1877.
 - Traitement de la syphilis, 1902.
 - Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, 2^e éd.
- FRUHNSHOLZ. — Étude sur 95 cas de syphilis infantile. (in *Revue d'hygiène et de médecine infantile*. T. II, n° 1, 1903).
- Syphilis infantile 1903. in *Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson*, t. I.

- GAUCHER. — La syphilis héréditaire. *Bull. Méd.*, 24 sept. 1904.
- GRANCHER, COMBY-MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance, 1900. Passim.
- GUÉRIN. — De la syphilis des femmes enceintes et des nouveau-nés, (*France médicale*, 1864, p. 5).
- HOMOLLE. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. Art. *Syphilis*.
- HOULIER. — *Thèse de Paris*, 1880.
- HUTCHINSON. — Syphilis héréditaire. Traduction française, 1884.
- LEGENDRE. — *Thèse de Bordeaux*, 1889. Syphilis conceptionnelle.
- LEGRAND. — La syphilis. Cause d'avortement. *Th.*, Paris, 1889.
- LEMPEREUR. — *Thèse de Paris*, 1867.
- LEQUEUX. — Éthologie et pathogénie des hémorragies graves du nouveau-né. *Th.*, Paris, 1906.
- MAURIAC. — Syphilis héréditaire. In Traité de la syphilis testiaire. Paris, 1890,
- F. MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1740.
- MARTIN DE GIMARD. — *Thèse de Paris*, 1888.
- MÉNÉTRIER ET RUBENS-DUVAL. — Sur un cas de septicémie à spirochètes de Schaudinn chez un nouveau-né syphilitique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 38, 4 janvier 1906.
- MORET. — Influence de la syphilis sur la grossesse. *Thèse de Paris*, 1875.
- PARROT. — De l'avortement et de l'accouchement prématuré dans la syphilis héréditaire (*Progrès méd.* 1877, p. 881).
- PINARD. — Art. *fœtus* in *Dict. Encycl. des Sc. méd.*
- POUZOL. — De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis. *Thèse de Paris*, 1894.
- REYNAL. — De l'imprégnation maternelle ou infection maritale, *Thèse de Paris*, 1905.
- RIBEMONT. — *Thèse d'agrégation*, Paris, 1880.
- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique, Paris, 1904.
- ROCARD. — Lettres sur la syphilis. Paris, 1851-53.
- RIOCREUX. — Syphilis héréditaire paternelle. *Thèse de Paris*, 1888.
- ROGER. — Introduction à l'étude de la médecine, Paris, 1904.

ROLLET. — Art. *Syphilis* (nosographie). *Dict. Encyc. Sc. méd.*

SCHWAB. — Syphilis du placenta. *Thèse, Paris, 1896.*

SENTEX — Des altérations du fœtus après la mort. *Mémoire de Paris, 1868.*

TROUSSEAU. — Clinique de Sainte-Anne, t. II.

TROUSSEAU ET LASSEGUE. — Syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge. *Gaz. méd., Paris 1848.*

VIDAL. — *Thèse d'agrégation, 1860.*

WALLICH ET LEVADITI. — Recherches sur la syphilis du placenta. *Annales de gynécologie et d'obstétrique, février 1906.*

TABLE DES CHAPITRES

	Pages
Introduction	7
CHAPITRE I. — Historique	10
CHAPITRE II. — La syphilis dans ses rapports avec la génération	17
CHAPITRE III. — Statistique générale	30
CHAPITRE IV. — Influence de la grossesse sur la syphilis.	35
CHAPITRE V. — Syphilis diagnostiquée au cours de la gros- sesse par la présence d'accidents primaires et secondaires	44
CHAPITRE VI. — Avortements à répétition. Accouchements prématurés de fœtus morts et macérés	60
CHAPITRE VII. — Hydropisie de l'amnios	78
CHAPITRE VIII. — Placenta syphilitique.	94
CHAPITRE IX. — Lésions syphilitiques héréditaires pré- coces	105
CHAPITRE X. — Valeur diagnostique de la courbe alimen- taire chez les hérédo-syphilitiques	128
CHAPITRE XI. — Imprégnation maternelle	141
CHAPITRE XII. — Pronostic. Traitement élément de dia- gnostic.	152
Conclusions	164
Index bibliographique.	167

